

SUR
LES OCCLUSIONS AIGUËS
DE L'INTESTIN GRÊLE

TRAVAIL DU SERVICE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESJACQUES
HOPITAL EDOUARD HERRIOT

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 23 Novembre 1954
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

Gaspard CHEMARIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 16 Décembre 1927. à ODENAS (Rhône)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

1954

CHEMARIN (Gaspard)

Sur les occlusions aiguës de
l'intestin grêle.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 68 p.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 13).

CHEMARIN (Gaspard)

Sur les occlusions aiguës de
l'intestin grêle.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 68 p.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 13).

Sur les occlusions aiguës
de l'intestin grêle

CHEMARIN (Gaspard)

Sur les occlusions aiguës de
l'intestin grêle.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 68 p.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 13).

CHEMARIN (Gaspard)

Sur les occlusions aiguës de
l'intestin grêle.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 68 p.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 13).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR
LES OCCLUSIONS AIGUËS
DE L'INTESTIN GRÊLE

TRAVAIL DU SERVICE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESJACQUES
HOPITAL EDOUARD HERRIOT

THÈSE

PRÉSENTÉE

À la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaspard CHEMARIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 16 Décembre 1927. à ODENAS (Rhône)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

1954

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur.....

M. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAVRE,
LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.
Clinique médicale B.
Clinique chirurgicale A.
Clinique chirurgicale B.
Clinique ophtalmologique.
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Clinique urologique.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.
Clinique gynécologique.
Clinique obstétricale.
Clinique stomatologique.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
Pharmacie et pharmacologie
Physiologie.
Anatomie pathologique.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
MAYOUX.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
X...
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTUS.
(détaché à Beyrouth)
BOURRET.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEBRAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
X...
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.
BADINAND.

Médecine du Travail
Parasitologie et pathologie exotique.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
Chimie organique et toxicologie.
Pathologie générale et expérimentale.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.
Anatomie
Pathologie interne.
Chimie biologique et médicale.
Pathologie chirurgicale.
Histologie.
Pharmacie galénique et matière médicale.
Médecine légale et déontologie.
Thérapeutique.
Hygiène.
Biologie médicale et pharmacodynamie.
Propédeutique chirurgicale.
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique pharmaceutique



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSSILLON | Pharmacie et pharmacologie. M. DREVON.
Physique biologique. M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.			MM.
Parasitologie.	COUDERT.	Bactériologie.	BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale	CREYSSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Pathologie médicale	BRUN.	Orthopédie.
Pathologie médicale	GIRARD M.	Obstétrique.
Pathologie médicale	GIRARD P.	Obstétrique.
Pathologie médicale	JEUNE.	Obstétrique.
Pathologie médicale	VACHON.	Anatomie pathologique ..
Pathologie médicale	GALY.	Anatomie.
Pathologie médicale	GONIN.	Urologie.
Pathologie chirurgicale ..	BERARD.	Ophtalmologie.
Pathologie chirurgicale ..	DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.
Pathologie chirurgicale ..	LABRY.	Oto-rhino-laryngologie ...
Pathologie chirurgicale ..	TRILLAT.	X...
Pathologie chirurgicale ..	DARGENT.	Dermato-syphiligraphie. ...
Pathologie chirurgicale ..	MANSUY.	Médecine légale et Méde-
Pathologie chirurgicale ..	GUILLET.	cine du Travail.
		ROCHE.

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologie et Pharmacie	M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique	
Physique et Biologie.	M. MORET.	et Toxicologie.	M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. ROCHET ; Assesseurs : MM. DESJACQUES, DARGENT et GUILLET.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Je leur dois tout.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de toute mon affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

Le climat dont elle sait m'entourer rend tout facile. Que la vie lui apporte la récompense qu'elle mérite.

A MON FRERE

Son exemple fut tout au long de mes études présent à mes yeux. Son aide me fut souvent un bien très précieux. Que ce travail soit pour lui le gage de ma très grande affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MES NEVEUX

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Ph. ROCHET

Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons eu l'avantage de suivre son enseignement à l'hôpital et à la faculté. C'est dans son service que nous avons effectué notre premier stage hospitalier : il a ainsi guidé nos premiers pas.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur agrégé R. DESJACQUES

Chirurgien des Hôpitaux

Après nous avoir accueilli dans son service avec bienveillance, il nous a fait l'honneur de nous confier la rédaction de ce travail sur un sujet qui lui est particulièrement cher. Nous le remercions de la confiance qu'il nous a ainsi témoignée. Il a contribué largement à l'élaboration de cette thèse et il nous a sacrifié des heures très précieuses.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive gratitude et de notre entier dévouement.

Monsieur le Professeur agrégé DARGENT

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé GUILLET

Nous les remercions d'avoir accepté d'être nos Juges.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Médecin Commandant BARBIER

Chevalier de la Légion d'Honneur
Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Chef du Service d'oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital Militaire Des Genettes

Nous avons été heureux d'être interne dans son service.

Il a su nous apprendre et nous faire aimer par son enseignement riche de notions précieuses cette spécialité jusqu'alors presque inconnue de nous et nous l'en remercions bien vivement.

Qu'il veuille trouver ici un modeste témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET DE L'HOPITAL MILITAIRE
D'INSTRUCTION DES GENETTES

A Monsieur le Médecin Général CHAVIALLE
Commandeur de la Légion d'Honneur
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

A Monsieur le Médecin Colonel RETAT
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien des Hôpitaux Militaires
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Nous rapportons 77 observations d'occlusions aiguës de l'intestin grêle chez l'adulte (exception faite de 2 observations d'enfants âgés respectivement de 6 et 11 ans) opérées par notre maître Monsieur le Professeur agrégé R. Desjacques, depuis 1940. Ces observations viennent s'ajouter à celles qui sont utilisées dans le livre qu'il a publié en 1942 sur la chirurgie de l'intestin grêle.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude clinique de l'occlusion aiguë de l'intestin grêle. La symptomatologie de cette affection est bien connue classiquement et on sait la difficulté de son diagnostic au début.

Cette étude nous a paru utile : elle permet de préciser les causes les plus fréquentes de l'occlusion. Elle permet de juger de la valeur des procédés chirurgicaux employés.

Dans ces dernières années les malades paraissent avoir été envoyés à l'hôpital dans des délais acceptables. La préparation des malades, les soins post-opératoires ont été améliorés. De sorte que la mortalité opératoire bien qu'encore importante est en baisse par rapport à celle qui était observée il y a plus de 10 ans.

Il est certain que malgré tous les perfectionnements modernes de la technique, la clef du succès réside dans :

LA PRÉCOCITÉ DU DIAGNOSTIC QUI ENTRAÎNE LA PRÉCOCITÉ DE L'INTERVENTION.

Nous étudions successivement :

1° Les occlusions consécutives aux laparotomies. (Appendicectomies exceptées.)

2° Les occlusions dans l'appendicite.

3° Les occlusions d'autres causes.

4° Le traitement chirurgical mis en œuvre.

Les observations que nous rapportons ont été très résumées pour la commodité de la lecture et de l'impression.

I. — OCCLUSIONS CONSECUTIVES A DES LAPAROTOMIES (APPENDICECTOMIES EXCEPTÉES)

I. — Résultat d'ensemble.

Parmi les 34 observations d'occlusion aiguë de l'intestin grêle consécutives à des laparotomies (appendicectomies exceptées) que nous publions, les résultats se répartissent de la façon suivante :

25 guérisons, 9 morts soit une mortalité de 27 %.

Suivant le temps écoulé entre la première opération et l'apparition de l'occlusion nous envisagerons successivement les occlusions primitives, secondaires et tardives. Sont primitives, celles qui surviennent pendant les trois premiers jours : le malade ne fait pas ses gaz. Les occlusions secondaires peuvent se produire du quatrième au vingt-cinquième et même trentième jour. Les occlusions tardives sont celles qui se produisent au-delà du premier mois. Dans chacune de ces catégories nous établirons d'une part la cause des laparotomies antérieures, d'autre part la cause des occlusions. L'ensemble des 34 observations sera exposé ensuite.

II. — Causes des laparotomies antérieures, causes des occlusions.

A) OCCLUSION PRIMITIVE (1 cas. Obs. n° 1.)

Nous rapportons un cas d'occlusion primitive survenue après fermeture d'une bouche gastro-jéjunale chez un multi-laparotomisé. L'occlusion était d'origine dynamique plus que mécanique.

B) OCCLUSIONS SECONDAIRES (10 cas : 1 mort. Obs. n° 2 à 11.)

a) Cause de la laparotomie antérieure.

— Laparotomies gynécologiques (5 cas) qui se décomposent ainsi :

après hystérectomie (2 cas)

après castration (3 cas).

— Perforation d'ulcère pylorique (1 cas).

— Dégastroentéroanastomose chez un multilaparotomisé (1 cas).

— Fermeture d'un anus contre nature colique (1 cas).

— Cæcopexie pour défaut d'accolement des colons (1 cas).

— Colectomie segmentaire pour néoplasme du bas sigmoïde (1 cas : 1 mort).

b) Causes de l'occlusion.

— Adhérences fibrineuses ou fibrino-hématiques épaisses (7 cas).

— Strictions par brides minces (3 cas : 1 mort).

C) OCCLUSIONS TARDIVES (23 cas : 8 morts. Obs. n° 12 à 34).

a) Cause de la laparotomie antérieure.

— Laparotomies gynécologiques (10 cas : 3 morts) qui se décomposent de la façon suivante :

Hystérectomies totale, subtotale ou vaginale (4 cas).

Grossesse extra-utérine (3 cas : 2 morts).

Opération de Wertheim (1 cas : 1 mort).

Fixation utérine et périnéoraphie (1 cas).

Opération gynécologique non précisée (1 cas).

— Laparotomies pour interventions gastriques (4 cas : 1 mort) dont le détail est le suivant :

Gastroentéroanastomose (2 cas : 1 mort).

Ulcus gastrique perforé (1 cas).

Gastrectomie (1 cas).

— Occlusion aiguë du grêle antérieure (2 cas).

- Cure de hernie crurale et inguinale (1 cas : 1 mort).
- Fermeture d'anus contre nature (1 cas : 1 mort).
- Infarctus du mésentère (1 cas).
- Tumeur du mésentère (1 cas : 1 mort).
- Ablation du rectum pour néoplasme (1 cas : 1 mort).
- Hémopéritoine avec fissurations multiples (1 cas).
- Laparotomie pour appendicectomie non effectuée (1 cas)

b) Cause de l'occlusion.

- Brides (9 cas : 3 morts).
- Adhérences d'anses grêle entre elles (6 cas : 2 morts).
- Volvulus ou bride plus volvulus (7 cas : 3 morts) dont un volvulus de l'ansé ombilicale et un volvulus total du grêle.
- Hernie d'une anse grêle dans une brèche du mésocolon transverse (après gastroentéroanastomose postérieure) (1 cas).

III. — Résultat détaillé.

A la suite de cette énumération, nous observons que la mortalité dans les occlusions post-opératoires tardives est de 35 % alors qu'elle n'est que de 10 % dans les occlusions post-opératoires secondaires.

L'occlusion post-opératoire secondaire survient en général à l'hôpital alors que le malade est encore sous surveillance chirurgicale. L'intervention pour occlusion ne subit pas de retard. Sans doute faut-il voir dans ce fait un des principaux facteurs de l'abaissement du chiffre de la mortalité.

IV. — Observations.

OBS. n° 1. — *M. B. Alain*, 30 ans, entré le 18-10-1952, sorti guéri. Occlusion aiguë du grêle chez un multilaparotomisé.

Antécédents : Nord-Africain en France depuis 6 ans. Juin 1947, gastroentéroanastomose pour ulcère gastrique. 4 mois plus tard, ulcère peptique opéré à Aurillac, gastrectomie, Polya. Mai

1948, appendicectomie à Bordeaux. Février 1952, intervention sur un clapet muqueux gastrique dans la bouche d'anastomose. Le 28-1-53, libération d'une anse grêle adhérente à l'incision ancienne ; l'anse ayant été ouverte, suture latérale au lin. Résection du bourrelet muqueux et fermeture de la bouche gastro-jéjunale. Anastomose cul-de-sac-anse efférente au petit Jaboulay.

Histoire actuelle : Les suites sont marquées par des vomissements bilieux dès le surlendemain de l'intervention. 4-2-53, vomissements jaunâtres ayant l'aspect de liquide d'occlusion. Clapotage très net surtout dans le flanc gauche.

Intervention : le 4-2-53 (D^r Desjacques, Desbrosses, Vidil). Rachianesthésie, incision médiane.

C'est bien une occlusion du grêle. La suture du grêle est anatomiquement bien perméable, cependant le grêle en amont est dilaté et plat en aval. En appuyant sur l'anse d'amont on fait passer très facilement les liquides en aval. En somme, occlusion plus dynamique que mécanique. Anastomose latéro-latérale du grêle au « moyen Villard » au voisinage immédiat de la suture. On libère l'S iliaque adhérent à l'incision sus-ombilicale. On libère du grêle en adhérence fibreuse à la concavité diaphragmatique gauche. On se rend compte que la suture du grêle était à 60 cm. environ de l'anastomose gastro-jéjunale, ce qui enlève tout désir de faire une iléostomie de décharge en amont de l'anastomose faite aujourd'hui. On se rend compte que le petit Jaboulay a dû fonctionner parce que le cul-de-sac ne s'est pas dilaté.

Suites : Vers le 1-9-53, le malade a eu un petit épisode de sub-occlusion sans lendemain.

OBS. n° 2. — *Mme X...* Occlusion aiguë du grêle, 14 jours après une hystérectomie. Le 25-10-42, libération des anses. Guérison. (*Livre jubilaire du P^r G. Cotte.*)

Antécédents : Le 11-10-42, hystérectomie pour fibrome.

Histoire actuelle : 14 jours après occlusion aiguë du grêle.

Intervention : le 25-10 (D^r Desjacques). Incision iliaque droite.

Libération des dernières anses grêle couvertes de placards fibreux et fixées sur la partie droite de la péritonisation. Pas d'iléostomie.

Suites : Simples.

OBS. n° 3. — *Mme L...*, 45 ans, entrée le 10-9-1943, sortie guérie.

Occlusion 14 jours après une hystérectomie sub-totale pour fibrome. Le 24-9, libération d'une anse.

Antécédents : Le 10-9, hystérectomie subtotal pour fibrome à noyaux multiples, appendicectomie, un drain.

Histoire actuelle : Au 7^e jour, épisode occlusif qui rétrocede. Le 24-9, signes nets d'occlusion.

Intervention : 24-9-43 : (D^r Desjacques). Anesthésie générale, incision médiane.

Occlusion de la fin du grêle par coudure d'une anse sur la péritonisation à droite. Un drain, fermeture.

Suites : Simples.

OBS. n° 4. — *Mme D. Lucienne, 30 ans, entrée le 12-1-1951, sortie le 10-2-1951, guérie. Occlusion aiguë du grêle 8 jours après l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche. Le 21-1, libération de 3 anses grêle.*

Antécédents : Le 13-1-51, libération d'adhérences péritubaire droites, à gauche, annexite plastique : l'ovaire contient un kyste à contenu goudronneux qui est peut-être de l'endométriome. Castration gauche, appendicectomie.

Histoire actuelle : Le 19-1 la malade se plaint de vomissements, de douleurs abdominales assez importantes. Le 21-1, clapotage, vomissements, arrêt des gaz, douleurs abdominales, péristaltisme intense.

Intervention : le 21-1-51. (D^{rs} Desjacques, Novel.) Rachianesthésie, incision médiane.

C'est une occlusion du grêle par adhérences fibrino-hématiques de 3 anses grêle de la partie moyenne sur les moignons de ligature de la castration gauche. Libération, un drain sus-pubien.

Suites : Normales.

OBS. n° 5. — *Mme B..., 30 ans, entrée le 1-12-1944, sortie guérie. Occlusion 19 jours après castration gauche. Le 20-12-44, section des brides.*

Antécédents : Le 1-12, opérée pour kyste de l'ovaire gauche. Fermeture, guérison.

Histoire actuelle : Depuis le 17-12, coliques, vomissements. La malade est vue au 3^e jour : clapotage à gauche, ondes péristaltiques.

Intervention : le 20-12 (D^r Desjacques). Rachianesthésie, Jala-guier gauche.

Un peu de liquide dans le ventre. Il y a 3 brides qui coudent le grêle : 2 à la fin du grêle, une à la partie moyenne. Section des brides, fermeture.

Suites : Normales.

OBS. n° 6. — *Mme X...* Occlusion aiguë du grêle, 22 jours après ablation d'un kyste de l'ovaire. Le 23-6-1947, libération des anses, guérison. (*Libre jubilaire du P^r G. Cotte.*)

Antécédents : Le 1-6-47, ablation d'un kyste de l'ovaire gauche.

Histoire actuelle : Le 23-6, occlusion du grêle.

Intervention : le 23-6 (D^r Desjacques). Incision médiane.

Occlusion par 3 brides fibrineuses à la partie moyenne du grêle. Libération des anses, pas d'iléostomie.

Suites : normales.

OBS. n° 7. — *M. P. Charles*, 54 ans, entré le 10-3-1953, sorti le 27-6 guéri. Occlusion aiguë du grêle, 9 jours après une perforation d'un ulcère pylorique. Le 13-3-1953 : libération, iléostomie.

Antécédents : Le 4-3-53 : (D^r De Mourgues), appendicectomie. Incision médiane : perforation d'ulcère pylorique, suture en 3 plans.

Histoire actuelle : le 12-3, le malade a fait des gaz mais reste ballonné. Le 13-3, clapotage.

Intervention : le 13-3 (D^{rs} Desjacques, Desbrosses). Rachianesthésie.

1° Incision médiane. Grêle très distendu, plein de liquide et de gaz. Une anse grêle vers la fin du grêle est recouverte sur 4 cm² d'une petite masse fibrineuse provoquant une adhérence dans la fosse iliaque droite. Volvulus¹ du grêle en amont de cet obstacle, mais la torsion est peu accentuée et le grêle bien viable. Réintégration difficile car il a fallu éviscérer.

2° Iléostomie à gauche. L'intestin se rompt dès les premières manœuvres sans donner issue à beaucoup de matières. Suture de cette perforation. Iléostomie en amont à la Witzell mais seulement sur 3 cm. en raison de la friabilité du grêle distendu.

Suites : Après des suites assez longues, le malade sort le 27-6 dans un état médiocre, mais assez satisfaisant. Son iléostomie n'est plus qu'un petit pertuis et tout autour la peau s'est cicatrisée.

OBS. n° 8. — *M. S. Stéphane*, 63 ans, entré le 25-11-1942, sorti le 6-2-43 guéri. Gastroentéroanastomose en 1920, en Italie. Volvulus du grêle autour de la bouche de gastroentéroanastomose. Le 8-12-42, dégastroentéroanastomose. Le 22-12-42, libération des brides.

Antécédents : 1920, à Spezzia, opéré pour sténose du pylore. 1932 spécificité, 1933 réapparition de troubles douloureux cédant au régime et au traitement médical. Le 8-12-42, dégastroentéroanastomose. Cette séparation faite, on repart de l'angle duodéno-jéjunal, et l'on détord le grêle qui avait subi une torsion de 180 degrés.

Histoire actuelle : Le 21-12-42, apparition de douleurs abdominales basses par crises. Arrêt complet des matières et des gaz. Le 22-12, l'abdomen est un peu météorisé, sonore, mais il n'y a pas de contracture. A jour frisant et dans la région hypogastrique, on voit des ondes péristaltiques progressant de la fosse iliaque droite vers la ligne médiane.

La radiographie montre des anses grêles dilatées avec des lignes de niveau, des images en tuyaux d'orgues de part et d'autre du bouton qui siège au niveau de la ligne médiane.

Intervention : le 22-12 (D^{rs} Desjaques, Mousselon). Rachianesthésie. Incision médiane.

Occlusion typique par des adhérences fibrineuses nombreuses prédominant à la fin du grêle. Le bouton est au milieu de ces anses sans qu'il détermine spécialement l'occlusion. Libération des brides. Le bouton est poussé dans le cæcum.

Suites : Le 18^e jour, élimination du bouton. Le 6-2-43, le malade n'a plus de douleur et sort en bon état général.

OBS. n° 9. — M. P. Félix, 54 ans, entré le 11-6-1949, sorti le 6-11-50 guéri. Occlusion aiguë du grêle 14 jours après une fermeture intra-péritonéale d'anus iliaque gauche. Le 26-10-49, laparotomie, levée de l'obstacle.

Antécédents : 1949, occlusion subaiguë de l'S iliaque par néoplasme sigmoïdien. 15-6-49, extériorisation. 18-6 : colectomie. 12-10-49, fermeture intra-péritonéale de l'anus contre nature gauche. Cæcostomie complémentaire. 25-10, ablation de la sonde.

Histoire actuelle : le 26-10, le malade présente des vomissements d'aspect plutôt bilieux assez abondants. Pouls à 100, faible, température à 37°,6, langue sèche, tension artérielle à 12/9.

Examen : abdomen ballonné, surtout dans la région sous-ombilicale, douleurs dans tout l'abdomen, arrêt du transit, clapotage, tympanisme : c'est une occlusion.

Intervention : le 26-10-49 (D^{rs} Desjaques, Touraine). Rachianesthésie. Incision médiane.

Occlusion de la partie moyenne du grêle par striction par une bride d'épiploon dans l'hypocondre gauche. Section de la bride, enfouissement du grêle aminci. Fermeture, on remet une sonde dans la cæcostomie.

Suites : Simples.

OBS. n° 10. — M. M. Jean, 32 ans, entré le 19-11-1945, sorti le 28-12 guéri. Occlusion de l'intestin grêle 5 jours après cæcoperie pour anomalie colique. Le 27-11, iléostomie.

Antécédents : 22-11-1945, le malade suspect d'ulcère duodénal

est opéré. On s'aperçoit qu'il n'y a pas d'ulcère, mais une anomalie colique par défaut d'accolement; seul l'angle droit tient par quelques brides. Appendicectomie, coecopexie par une deuxième incision iliaque droite.

Histoire actuelle : le 27-11, l'abdomen est météorisé, on sent dans la fosse iliaque gauche des anses dilatées. Péristaltisme. Le malade a de la peine à faire des gaz, mais évacue cependant quelques selles muqueuses. Un lavage d'estomac ramène 500 cc. de liquide bilieux. Pas de clapotage.

Intervention : le 27-11 (D^{rs} Desjacques, Allègre), anesthésie générale.

On repasse par l'incision iliaque droite qu'on agrandit un peu. Il y a quelques adhérences fibrineuses dans la fosse iliaque. Une anse grêle se présente très distendue. Iléostomie à la Witzell qui donne immédiatement en abondance gaz et matières.

Suites : épisode pulmonaire sans lendemain. Le 20-12, cicatrisation progressive. Suites simples.

OBS. n° 11. — Mme B..., 70 ans, entrée le 6-1-1948. Décès le 17-2-48.

Occlusion secondaire 30 jours après colectomie segmentaire. Le 10-2, libération du grêle.

Antécédents : A 45 ans opérée d'un fibrome. Le 10-1-48 colectomie segmentaire pour un néoplasme du bas sigmoïde; rétablissement immédiat de la continuité par invagination du bout supérieur dans le rectum (D^r Desjacques).

Histoire actuelle : Le 10-2-48 : la malade n'a fait ni gaz ni matière depuis 2 jours. De plus, vomissements et coliques. A l'examen : ondes péristaltiques, clapotage abdominal.

Intervention : Le 10-2 (D^{rs} Desjacques, Coquet). Rachianesthésie. Jalaguier droit. Nombreuses adhérences intestinales du grêle dans le pelvis. L'obstacle est constitué par une bride qui a entouré complètement une anse et son mésentère déterminant 2 sillons. Libération de l'obstacle.

Suites : décès le 17-2-48.

OBS. n° 12. — Mme D..., 50 ans, entrée le 16-3-1951, sortie le 7-4 guérie. *Occlusion aiguë du grêle chez une ancienne hystérectomisée vaginale. Le 16-3, libération de 2 brides.*

Antécédents : 1942, hystérectomie vaginale (D^{rs} Cotte, Pollosson).

Histoire actuelle : Le 15-3, apparition d'une douleur abdominale diffuse avec renforcements paroxystiques. Dans la journée, vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz.

Examen : léger météorisme abdominal, énorme clapotage généralisé dans tout l'abdomen.

Intervention : Le 16-3 (D^{rs} Desjacques, Blanchet). Rachianesthésie, incision médiane.

C'est une occlusion de la fin du grêle par deux brides couplant l'intestin au fond du pelvis. Libération des brides. L'appendice ilio-pelvien est laissé en place.

Suites : Normales.

OBS. n° 13. — *Mme M...*, 41 ans, entrée le 6-5-1942, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle 11 ans après hystérectomie subtotale pour fibrome. Le 6-5-42 : section d'une bride.

Antécédents : Le 8-12-1931, hystérectomie subtotale pour fibrome.

Histoire actuelle : Le 6-5-42, vue alors que la malade est en état d'occlusion depuis 7 jours.

Intervention : Le 6-5-42 (D^r Desjacques). Anesthésie générale ; incision médiane. Section d'une bride de la fin du grêle l'applatissant en deux points. Fermeture.

Suites : Normales.

OBS. n° 14. — *Mme P... Joséphine*, 79 ans, entrée le 30-8-1941, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle par brides chez une ancienne laparotomisée porteuse d'un gros rein droit. Le 30-8-41, entéroanastomose.

Antécédents : Typhoïde dans le jeune âge. En 1911, opérée pour fibrome (P^r Bérard). Il y a trois ans, nouveau séjour à l'hôpital pour des pertes. Pas de thérapeutique. Plusieurs hématuries ces dernières années

Histoire actuelle : Il y a deux jours, la malade ressent des douleurs abdominales avec paroxysmes à type de coliques. Arrêt complet des matières et des gaz depuis 48 heures. Nausées, pas de vomissement.

A l'entrée, malade maigre, abdomen ballonné où l'on devine plusieurs anses distendues. Ondes péristaltiques, important clapotage. Dans l'hypocondre droit, région externe, masse dure, mate à la percussion, du volume d'un poing, indolore donnant le contact lombaire. Albumine dans les urines.

Intervention : Le 30-8-1941 (D^{rs} Desjacques, Béraud). Anesthésie locale. Incision de Max Schuller

Liquide ascitique en quantité moyenne. Nombreuses adhérences. La masse rénale est fluctuante. Il s'agit d'une occlusion de la fin du grêle par brides. La dernière anse grêle est plate mais ne peut être attirée au dehors. Entéroanastomose au bouton de Jaboulay entre une anse distendue et la face antérieure du cæcum.

Suites : simples.

OBS. n° 15. — *Mme C... Marie, 74 ans, entrée le 5-6-1954, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle par bride, 47 ans après une laparotomie de M. Leriche. Le 5-6-54 : section de la bride.*

Antécédents : 1907, hystérectomie (D^r Leriche).

Histoire actuelle : Dernière selle le 2-6-54. Depuis, douleurs débutant dans la fosse iliaque gauche et s'irradiant vers le creux épigastrique et la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux très abondants. Pas de gaz. Abdomen peu ballonné, pas d'ondes péristaltique mais clapotage localisé dans la fosse iliaque gauche, douleur maximum à ce point.

La radiographie montre trois niveaux liquides à gauche.

Intervention : Le 5-6 (D^{rs} Desjacques, Poulat). Anesthésie générale. Incision médiane.

C'est une occlusion de la fin du grêle par une bride. Section de la bride. Suture du grêle aminci. Fermeture totale.

Suites : Simples.

OBS. n° 16. — *Mme P..., 52 ans, entrée le 6-8-1941, décès le 7-8.*

Occlusion aiguë du grêle au quatrième jour, 12 ans après grossesse extra-utérine. Le 6-8,, section de bride, iléostomie.

Antécédents : Opérée il y a douze ans pour grossesse extra-utérine.

Histoire actuelle : Depuis 4 jours, la malade vomit et n'a plus de gaz.

Examen : Pas de ballonnement ni d'onde péristaltique, mais clapotage. Le toucher vaginal perçoit une grosse masse indolente bloquant le Douglas.

Intervention : Le 6-8 (D^{rs} Desjacques, Béraud). Rachianesthésie. Incision médiane. Anses très distendues, véritable blocage de la fin du grêle dans des adhérences de la fosse iliaque droite. Section d'une bride plus particulièrement sténosante. Au cours des manœuvres, l'intestin se rompt : aspiration. Suture d'un orifice intestinal, iléostomie en utilisant un autre. Un drain dans le Douglas. Fermeture, pronostic désespéré.

Suites : décès le 7-8.

OBS. n° 17. — *Mme Ch..., 43 ans, entrée le 17-8-1942, décès le 21-8-42. Occlusion aiguë du grêle, 17 ans après une intervention pour grossesse extra-utérine. Le 17-8-42, résection intestinale.*

Antécédents : Opération pour grossesse extra-utérine en 1925. Depuis longtemps, troubles du transit et douleurs abdominales.

Histoire actuelle : Début le 14-8-1942 par une douleur abdominale. Un médecin appelé fait de la morphine !!! Le 17-8, ballonnement, arrêt des matières et des gaz. Masse iliaque droite à la palpation. Température : 39°5.

Intervention : Le 17-8 (D^r Desjacques). Anesthésie générale, incision médiane. Anse grêle de 60 cm. sous tension, iliaque et pelvienne, à odeur putride, de couleur verte. Liquide séro-sanguinolant malodérant dans le ventre. Section d'une bride avec deux collets enserrant le pied de l'anse. Résection. Anastomose latéro-latérale au « moyen Villard ». Un drain.

Suites : Décès le 21-8.

OBS. n° 18. — Mme L..., 48 ans, entrée le 15-10-1943, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle, 18 ans après une intervention pour grossesse extra-utérine. Le 15-10-43, section d'une bride.

Antécédents : 1925, opérée pour grossesse extra-utérine (D^r Delore).

Histoire actuelle : Depuis 48 heures, occlusion du grêle.

Intervention : Le 15-10-43 (Dr. Desjacques). Rachianesthésie, incision médiane. Occlusion de la fin du grêle par bride, une bride descend jusqu'au pelvis. Grêle assez distendu. Section de la bride. Un drain, fermeture.

Suites : Normales.

OBS. n° 19. — Mme C..., 33 ans, entrée le 12-5-1948, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle par volvulus 3 ans après fixation utérine. Le 12-5-48, détorsion.

Antécédents : Opérée à Nevers, le 6-11-45 pour prolapsus utérin (Fixation utérine et périnéoraphie).

Histoire actuelle : Le 12-5-48, occlusion au 3^e jour.

Intervention : Le 12-5 (D^r Desjacques). Rachianesthésie, incision médiane. Grosse distension du grêle, volvulus et coudure de la fin du grêle. Détorsion.

Suites : Normales.

OBS. n° 20. — Mme M..., 73 ans, entrée le 6-10-1941. Décès le 26-10-41. Occlusion aiguë du grêle au 8^e jour, 31 ans après une opération de Wertheim. Le 6-10, entéroanastomose.

Antécédents : Il y a 31 ans, opération de Wertheim. 1936, amputation du sein gauche.

Histoire actuelle : Depuis 8 jours, douleur abdominale, arrêt des matières et des gaz.

Examen : Ballonnement, péristaltisme, clapotage. Tension artérielle : 12,5/6, cœur un peu arythmique.

Intervention : Le 6-10 (Drs Desjacques, Barrié). Anesthésie locale, incision de Jalaguier.

Grêle extrêmement distendu, cœcum aplati. En remontant la dernière anse grêle, on est conduit dans le pelvis où toute libération est impossible. Entéroanastomose au bouton latéro-latérale entre le grêle dilaté et le cœcum. Fermeture totale.

Suites : Complications pulmonaires et cardiaques. Le 26-10, décès après cachexie progressive.

OBS. n° 21. — *Mme R...*, 65 ans, entrée le 13-9-1947, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle par bride 17 ans après une laparotomie gynécologique. Le 13-9 : section de la bride.

Antécédents : 1930 : laparotomie gynécologique non précisée.

Histoire actuelle : Le 13-9 : vomissements, arrêt des gaz, clapotage.

Intervention : Le 13-9 (D^r Desjacques). Rachianesthésie, incision médiane. Occlusion de la partie moyenne du grêle par une bride allant de l'annexe gauche au grêle avec torsion de l'anse sur son axe longitudinal. Cette anse porte un diverticule de Meckel. Section de la bride, grêle un peu rétréci et aminci, mais viable. Fermeture totale.

Suites : Simples.

OBS. n° 22. — *M. Ch... Jules*, 55 ans, entré le 12-3-1949, sorti le 6-4, guéri. Occlusion aiguë du grêle par hernie d'une anse grêle dans une brèche du méocolon transverse 3 ans après gastroentéroanastomose postérieure. Le 12-3, dégagement.

Antécédents : Le 6-2-46, gastroentéroanastomose postérieure à la suture pour ulcère perforé avec gros œdème gastrique. Entre 1946 et mars 1949, le malade est revu plusieurs fois pour syndrome douloureux épigastrique intense avec très abondants vomissements. Le lavage d'estomac soulageait le malade. Des clichés radiographiques montrent que la bouche de gastroentéroanastomose ne fonctionne pas normalement.

Histoire actuelle : Le 12-3-49, nouvel épisode douloureux avec vomissements bilieux.

Examen : Pas de météorisme mais contracture épigastrique. Deux heures plus tard, la contracture a cédé après un lavage d'estomac qui a un peu soulagé le malade. Dans l'après-midi, les douleurs et les vomissements reprennent et on intervient d'urgence.

Intervention : 12-3 (D^r Desjacques). Incision médiane.

C'est une occlusion par hernie d'une anse grêle dans une brèche du mésocolon transverse après gastroentéroanastomose postérieure. Dégagement de l'anse. Fermeture de l'orifice péritonéal.

Suites : Normales.

OBS. n° 23. — M. S... José, 58 ans, entré le 23-5-1952. Décès le 24-5. Occlusion aiguë du grêle avec gangrène intestinale chez un Multilaparotomisé. Le 23-5, résection intestinale de 53 cm.

Antécédents : Mars 1938, perforation d'ulcère. Suture. 1947, à Barcelone, gastroentéroanastomose. Le 8-4-52, nouvelle intervention (D^r Desjacques). Tout est bloqué par des adhérences intestinales et épiploïques. Il faut un long travail de libération pour arriver à se rendre compte que l'état est le suivant :

- 1° Pas d'ulcère pyloro-duodénal, la région est enfouie dans des adhérences.
- 2° Il y a une gastroentéroanastomose pré-colique tout à fait à gauche, sous l'auvent costal.
- 3° Il y a de plus une large jéjuno-jéjunostomie.
- 4° L'estomac est dilaté en cuvette entre la gastroentéroanastomose ancienne et la région pyloro-duodénale.

Une gastrectomie n'est pas possible. Gastroentéroanastomose à la suture pré-colique, le colon transverse étant fixé dans la profondeur. Opération difficile. Fermeture en faisant dans la mesure du possible la cure de l'éventration.

Histoire actuelle : Alors que le malade était en convalescence, douleur épigastrique brutale. Contracture nette de l'épigastre. Toucher rectal non douloureux. Perforation probable. Douleurs paroxystiques sous-ombilicales.

Examen : Contracture de tout l'abdomen. Vomissements bilieux fréquents. Radiographie sans préparation : pas de croissant gazeux. Pouls à 140, température : 37°3.

Intervention : Le 23-5-52 (D^{rs} Desjacques, Béné). Anesthésie générale. Incision médiane.

Issue de sang noir putride. Une anse de 53 cm. est toute noire enserrée à sa base par une bride. L'occlusion est très haute puisqu'on voit la jéjuno-jéjunostomie et que la limite supérieure de la lésion est toute proche. Résection intestinale, anastomose latéro-latérale au « moyen Villard ».

Suites : Décès le 24-5.

OBS. n° 24. — M. B. François, 43 ans, entré le 15-10-1942, sorti le 5-11, guéri. Occlusion du grêle consécutive à une laparotomie antérieure. Le 15-10, section d'une bride, détorsion d'un volvulus.

Antécédents : Juin 1930, opéré d'un ulcère perforé et en même temps appendicectomie.

Histoire actuelle : Le 14-10-42, douleur abdominale sous-ombilicale accompagnée de plusieurs vomissements et d'un arrêt des matières, quelques gaz sont émis. Examen : abdomen ballonné, météorisé. La matité hépatique persiste. Défense de la paroi. A la palpation on sent l'intestin grêle qui se contracte mais il n'y a pas d'onde péristaltique visible. Pas de clapotage.

Intervention : le 15-10-42 (D^{rs} Desjacques, Accassat). Anesthésie générale. Incision médiane.

Grêle modérément distendu. De très nombreuses adhérences pelotonnent l'intestin. L'occlusion est déterminée par une bride avec un volvulus de la fin du grêle. Fermeture, un drain pelvien.

Suites : Normales.

OBS. n° 25. — M. M. Alexandre, 36 ans, entré le 25-4-1946, sorti le 21-5, guéri. Volvulus de l'anse ombilicale chez un ancien gastrectomisé. Le 25-4-46, détorsion ; cœcopexie, appendicectomie.

Antécédents : Gastrectomie laissant l'ulcère en place au niveau de D2 le 21-5-1942. (D^r Desjacques.)

Histoire actuelle : Depuis 24 heures, douleur abdominale violente à type de colique dans la fosse iliaque droite et l'hypocondre droit avec vomissements bilieux et arrêt des gaz.

Examen : météorisme abdominal, pas de clapotage. Péristaltisme, point de Mac Burney net, défense de la paroi. Toucher rectal très douloureux.

Intervention : le 25-4-46 (D^{rs} Desjacques, Allègre). Rachianesthésie.

1° Incision médiane. C'est un volvulus de l'anse ombilicale entraînant le grêle et tout le colon ascendant en un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre. Appendice très long plaqué contre la paroi postérieure du colon ascendant. Détorsion, appendicectomie.

2° Incision de Mac Burney droite. Cœcopexie par deux points à la soie.

Suites : Simples.

OBS. n° 26. — *M. A. Gabriel, 18 ans, entré le 24-11-1952, sorti guéri. Occlusion aiguë du grêle chez un ancien laparotomisé. Le 24-11, libération.*

Antécédents : Appendicectomie en 1948. Le 4-7-52, intervention pour occlusion : on ne trouve pas d'obstacle organique. Depuis son départ, environ une fois par semaine, le malade a présenté des douleurs abdominales avec nausées mais le transit était normal.

Histoire actuelle : Le 22-11-52, violente crise abdominale à type de colique avec nausées sans vomissement qui rétrocede au bout de 2 heures. Le 24-11, nouvelle crise plus intense qu'à l'habitude, vomissement. Depuis 24 heures, arrêt des matières sans arrêt des gaz. Pas de température.

Examen : météorisme, clapotage. La palpation est très douloureuse et le malade s'agite beaucoup. Pas d'onde péristaltique.

Intervention : le 24-11-1952 (D^{rs} Desjacques, Gilloz). Rachianesthésie, puis Schleich. Incision médiane.

Véritable symphyse de nombreuses anses grêles qu'on libère soigneusement. Une anse est même allée se coller au péritoine antérieur dans la région vésiculaire. Il y a deux véritables occlusions complètes à deux niveaux très éloignés l'un de l'autre. Ces deux occlusions sont provoquées l'une et l'autre par des brides. Celle d'amont épiploïque, celle d'aval péritonéale. L'occlusion du bas est au milieu du grêle, celle du haut très proche de l'angle duodéno-jéjunal. C'est la plus serrée et le grêle en amont de cette bride épiploïque est très dilaté : le malade vomissait de la bile. Toute la fin du grêle, sur au moins 2 mètres, est libre.

Une anastomose iléo-colique ne peut être pratiquée, la zone des adhérences étant haut sur le grêle.

Suites : Normales.

OBS. n° 27. — *Mme B. Blanche, 35 ans, entrée le 7-1-1949, sortie le 3-4 guérie. Occlusion aiguë du grêle, 6 ans après une laparotomie. Le 7-1-49, section de brides, détorsion de volvulus, iléostomie.*

Antécédents : 1943, volvulus du grêle opéré. Depuis cette époque, la malade se plaint très irrégulièrement de crises sub-occlusives cédant spontanément.

Histoire actuelle : Le 28-12-48, la malade ressent une douleur abdominale à type de colique. Rapidement, arrêt des matières et des gaz ; le lendemain, vomissements. Le 5-1, les vomissements cessent, la malade croit à une amélioration.

A l'entrée : mauvais état général, faiblesse, la malade apparaît très déshydratée. Abdomen très peu ballonné, pas de douleur, mais très nettes ondes péristaltiques para-ombilicales.

Intervention : le 7-1-49 (D^{rs} Desjacques, Gangolphe). Anesthésie générale.

1° Incision médiane. On trouve du grêle très distendu et du grêle très aplati. Une anse entourée par des brides est trouvée volvulée. Elle se perforé dès qu'on la touche. Immédiatement en aval de cette anse, présence d'un rétrécissement ancien qui laisse passer le petit doigt ; il est à rattacher à l'opération de 1943 (Iléostomie ? blessure du grêle ?). Détorsion de l'anse, section des brides. Un drain sus-pubien.

2° Incision iliaque droite à travers le droit. Iléostomie sur l'anse perforée. On ne peut faire un Witzell, on fait un Fontan, l'anse ne s'extériorisant pas complètement.

Suites : Après des suites difficiles : pouls à 172, le 8-1, phlébite le 5-2, la malade sort guérie le 3-4-49.

OBS. n° 28. — *M. F. Samuel, 64 ans, entré le 2-9-1947, décès le 2-9. Volvulus total du grêle opéré in extremis. Le 2-9, détorsion.*

Antécédents : 1944, découverte d'une hypertension à 22-24. 1945, crises d'angor soignées à la trinitrine. Janvier 1947, hernie crurale gauche opérée à Avignon. Février 47, hernie inguinale gauche pour laquelle le malade porte une ceinture.

Histoire actuelle : Le 1-9, douleurs para-ombilicales gauches qui s'étendent à tout le ventre et augmentent d'intensité. Plusieurs vomissements. Pas d'arrêt des matières ni des gaz. Température à 37° 5.

Examen : abdomen cyanosé par plaques, nettement contracturé. Il existe du clapotage. Zones hernières non douloureuses. Hernie inguinale gauche. Toucher rectal négatif. Pouls petit, difficilement perçu.

Intervention : le 2-9 (D^{rs} Desjacques, Andrié). Anesthésie générale. Incision médiane.

Odeur fétide à l'ouverture du péritoine. Intestin très distendu et violacé. C'est un volvulus total du grêle qui s'est fait dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion. A la fin de l'intervention, arrêt du pouls et de la respiration.

Injection d'adrénaline intra-cardiaque et respiration artificielle sont inutiles. Exitus.

OBS. n° 29. — *M. P. Ernest, 57 ans, entré le 30-10-1946. Emmené par sa famille le même jour. Volvulus du grêle chez un ancien laparotomisé, vu au 5° jour, gangrené. Le 30-10, résection de l'anse, les deux bouts à la peau.*

Antécédents : Mai 1943, opéré d'une occlusion du gros intestin ; anus artificiel. Juillet 43, nouvelle intervention destinée aux

dières du malade à rétablir le transit normal, mais l'anus artificiel n'est pas fermé.

11-4-46 : fermeture intra-péritonéale de la fistule cæcale. La fistule siège sur le colon ascendant : la fermeture est des plus simple. Depuis l'intervention le malade s'est parfaitement bien porté et ne présente pas de trouble du transit intestinal.

Histoire-actuelle : Le 25-10-46, violente douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

A l'entrée : 30-10, la douleur a diminué d'intensité, et les vomissements ont fait place à du hoquet.

Examen : abdomen ballonné, tendu, douloureux surtout à droite. La percussion révèle une certaine sonorité de la fosse iliaque gauche, par contre, la fosse iliaque droite est mate et douloureuse. Le toucher rectal permet de sentir des anses grêle distendues. Pouls à 120, température 38°9, tension artérielle 11,5/7. Gros disque d'albumine dans les urines.

Intervention : Le 30-10 (D^r Desjacques). Rachianesthésie. Incision médiane. Péritoine plein de sang, d'odeur gangreneuse. C'est une anse de 30 cm. environ, volvulée, gangrenée. L'intestin en amont se fissure dès les premières manœuvres. Résection de l'anse en mettant les deux bouts à la peau. Extériorisation de l'anse fissurée. Deux fils sur la paroi.

La famille emmène le malade.

OBS. n° 30. — M. B. Albert, 23 ans, entré le 23-8-1941, sorti le 11-9 guéri. Occlusion aiguë du grêle chez un ancien laparotomisé opéré à la 10^e heure. Le 23-8, libération d'adhérences.

Antécédents : Juin 1941, laparotomie pour infarctus du mésentère.

Histoire actuelle : Depuis hier soir, 22 heures, arrêt complet des matières et des gaz, pas de vomissement.

A l'entrée : violentes douleurs épigastriques. Météorisme abdominal avec sonorité pré-hépatique, contracture.

Intervention : le 23-8-41 (D^{rs} Desjacques, Béraud, Barrié). Rachianesthésie, puis anesthésie générale. Incision médiane sous-ombilicale.

Grêle très distendu et grêle plat apparaissent simultanément. Il existe 5 foyers d'adhérences avec coudure du grêle. Libération. L'occlusion complète était provoquée par une anse moyenne fixée dans la fosse iliaque droite à la paroi antérieure. Fermeture, un drain dans le Douglas.

Suites : Simples.

OBS. n° 31. — *M. M. Jean-Baptiste, 51 ans, entré le 20-5-1943. Décès le 23-5. Occlusion aiguë du grêle, par bride chez un ancien laparotomisé. Le 20-5 section d'une bride.*

Antécédents : 1936, opéré pour une tumeur du mésentère.

Histoire actuelle : Il y a 48 heures, brusque douleur abdominale surtout dans la région ombilicale. Arrêt des matières et des gaz, vomissements peu abondants. L'examen montre un ventre dur, douloureux, mat. Il y a du clapotage.

Intervention : le 20-5-43 (D^{rs} Desjacques, Collenet) Rachianesthésie. Incision médiane.

Il s'agit d'une occlusion de la partie moyenne du grêle, complète ; avec grêle plat en aval et distendu en amont. C'est une bride comprimant le grêle, lui-même fixé à l'incision sus-ombilicale. Section de la bride. Fermeture totale.

Suites : Décès le 23-5.

Autopsie : On ne décèle nulle part de trace de sphacèle, ni aucune trace de torsion. Pas d'aspect anormal des anses.

OBS. n° 32. — *M. D. Marius, 80 ans, entré le 10-3-1945. Décès le 11-3-45. Occlusion aiguë du grêle au 4^e jour chez un malade ayant subi 14 ans auparavant, l'ablation du rectum cancéreux par le procédé d'Hartmann. Le 10-3, section d'une bride.*

Antécédents : Opéré il y a 14 ans, d'un néoplasme du rectum par le procédé d'Hartmann (D^r Desjacques).

Histoire actuelle : Depuis le 7-3, le malade a présenté les signes d'une occlusion diagnostiquée par son médecin : intoxication alimentaire. Depuis cette date, arrêt des matières et des gaz.

Examen : ventre distendu, clapotage à la percussion de l'abdomen.

Intervention : le 10-3-45 (D^{rs} Desjacques, Gignoux). Rachianesthésie. Incision de Jalaguier à droite

Grêle très distendu et fissuré en amont d'une bride de la fin du grêle à 50 cm. de la valvule iléo-cæcale. Section de la bride. Il faut ponctionner l'intestin très distendu pour le réintégrer.

Suites : Décès le 11-3.

OBS. n° 33. — *M. M. Bernard, 24 ans, entré le 19-5-1941, sorti guéri. Occlusion intestinale aiguë au 3^e jour chez un ancien laparotomisé. Le 19-5, libération d'une anse.*

Antécédents : A 21 ans, chute sur le ventre, hématome lombaire, hémopéritoine, fissurations multiples du péritoine. (Opération pratiquée au Val-de-Grâce).

Histoire actuelle : 17-5-41 : douleurs abdominales, vomissements, selle diarrhéique ; puis arrêt des matières et des gaz.

Le 19, examen : douleurs dans tout le ventre qui est ballonné, ondes péristaltiques, vomissements alimentaires au début, maintenant bilieux.

Intervention : le 19-5-41 (D^{rs} Desjacques, Barré, Béraud). Rachianesthésie. Incision médiane.

Grêle très distendu. Coulure d'une anse iléale moyenne contre la paroi abdominale antérieure au niveau de l'ancienne incision. Libération.

Suites : Simples.

OBS. n° 34. — M. D. Robert, 27 ans, entré le 8-5-1952, sorti le 23-5 guéri. Occlusion aiguë du grêle chez un ancien laparotomisé. Le 9-5, libération du grêle, appendicectomie, biopsie ganglionnaire.

Antécédents : Le 8-4-52, malade envoyé au service de Porte pour syndrome appendiculaire datant de 8 jours. Incision de Mac Burney : « Grosse masse dure iléo-cæcale plaquée contre la fosse iliaque interne adhérente aux vaisseaux ; il y a quelques ganglions, on renonce à faire une biopsie ». (D^{rs} D. et P.).

19-4 : une radiographie pulmonaire, montre des foyers de Simon au sommet gauche.

23-4 : lavement baryté : énorme cæcum mais il n'y a pas d'image lacunaire. Bon remplissage du cæcum et du colon ascendant.

Histoire actuelle : Le 8-5-52, on sent toujours la masse cæcale. Le soir, le malade est pris d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements. A l'examen il existe un point douloureux para-ombilical droit. Arrêt total des matières et des gaz.

Intervention : le 9-5-52 (D^{rs} Desjacques, Béné). Rachianesthésie. Incision de Jalaguier.

Libération des dernières anses adhérentes entre elles et à la paroi abdominale antérieure et déterminant une occlusion encore discrète. On entreprend la libération du cæcum : opération laborieuse. Après libération on se rend compte que le cæcum lui-même n'est pas malade. La masse qui avait été perçue en arrière à la première intervention correspond à un gros appendice très épaissi, postérieur et à 3 ou 4 petits ganglions blanchâtres probablement bacillaire de la chaîne iliaque externe. Appendicectomie, prélèvement d'un ganglion.

Suites : Simples.

Examen histologique : 1° appendicite chronique et hyperplasique oblitérante sans lésion spécifique. 2° Le tissu adénoïdien n'est plus reconnaissable sur le fragment étudié.

II. — OCCLUSIONS DANS L'APPENDICITE

I. — Résultat d'ensemble.

21 observations d'occlusions de l'intestin grêle d'origine appendiculaire sont rapportées dans ce chapitre dont 18 guérisons et 3 morts. La mortalité globale est de 15 %.

Le paragraphe suivant est consacré à l'étude des causes de l'occlusion et va nous permettre de tirer quelques conclusions avant la présentation des observations.

II. — Causes des occlusions.

A) APPENDICITE DE FORME OCCLUSIVE (2 cas. Obs. n° 35 et 36).

Dans deux observations, l'occlusion aiguë du grêle s'est établie sur un foyer inflammatoire appendiculaire par adhérences fibrineuses. L'occlusion a évolué en même temps que l'appendicite et a été traitée en même temps qu'elle.

B) OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES DANS L'APPENDICITE (19 cas : 3 morts. Obs. 37 à 55).

1° *Appendicectomie à froid* (2 cas : Obs. n°s 37 et 38).
Adhérences fibrineuses.

2° *Appendicectomie pour appendicite aiguë* (17 cas : 3 morts. Obs. n° 39 à 55).

Occlusions précoces (1 cas : 1 mort. Obs. n° 39).
Plaques fibrineuses.

Occlusions secondaires (10 cas : 1 mort. Obs. n° 40 à 49).

• Adhérences (7 cas).

Redressement d'une coudure sur une anse congénitalement anormale (1 cas).

Brides (1 cas).

Sans précision (1 cas : 1 mort). Seule une iléostomie fut pratiquée et la cause de l'occlusion n'a pas pu être déterminée.

Occlusions tardives (6 cas : 1 mort. Obs. n° 50 à 55).

Brides (4 cas).

Incarcération d'une anse grêle dans la cicatrice d'appendicectomie (1 cas).

Volvulus (1 cas).

III. — Conclusions.

L'étude de cette statistique nous montre que dans les occlusions intestinales d'origine appendiculaire le pronostic est relativement bon, la mortalité est de 15 % alors que la mortalité globale de nos observations est de 25 %.

Dans la plupart des cas, l'occlusion est survenue après des appendicites compliquées : abcès, appendices gangrenés, perforations appendiculaires.

IV. — Observations.

OBS. n° 35. — M. V. Elie, 36 ans, entré le 3-12-43, sorti le 26-12, guéri. Occlusion intestinale aiguë par adhérence d'une anse grêle à un foyer appendiculaire. Le 3-12 libération de l'anse, appendicectomie.

Histoire actuelle : le 25-11, douleurs épigastriques vagues. Le 26, vomissement très noir et bilieux.

A l'entrée (3-12), sujet au faciès terreux, à l'haleine fétide, ne souffrant pas. Langue sale. L'abdomen est souple, sans onde péristaltique, mais présente un clapotage très net dans sa partie inférieure qui fait décider de l'intervention. Toucher rectal négatif.

La radiographie montre des images en tuyaux d'orgue typiques.

Intervention : le 3-12-1943. (D^{rs} Desjardes, Guigon). Rachianesthésie.

1° Incision médiane. Le grêle très distendu, apparaît. Il s'agit de la coudure d'une anse grêle moyenne à un foyer inflammatoire pelvien. Libération de cette anse qui a une paroi épaisse. On identifie le foyer inflammatoire : c'est un appendice très enflammé au devant de l'artère hypogastrique. Il est impossible de faire l'appendicectomie par voie médiane.

2° Incision de Mac Burney. Ablation d'un appendice court et épais, contenant un peu de liquide louche. Fermeture avec un drain.

Suites : Simples.

OBS. n° 36. — *M. R., 38 ans. Guérison. Occlusion aiguë du grêle sur un foyer appendiculaire. Libération.*

Histoire actuelle : Douleurs abdominales depuis 3 jours. A fait trois gaz en trois jours. Souffre de la fosse iliaque gauche et au-dessus du pubis. Pas de clapotage. Température à 38°5.

Intervention : (D^r Desjacques). Anesthésie générale, incision médiane. Un peu de liquide louche dans le pelvis. Long appendice pelvien plein de pus à la pointe. La fin du grêle est coudée par des adhérences fibrineuses sur le foyer appendiculaire. Libération, appendicectomie. Un drain, fermeture, guérison.

OBS. n° 37. — *Femme de 26 ans. Occlusion aiguë du grêle sur un moignon appendiculaire. Le 12-4-46, libération iléostomie complémentaire, guérison (Lyon chirurgical 1947, p. 364.)*

Antécédents : Le 5-4-1946, ablation d'un gros ovaire gauche kystique, section du nerf pré-sacré, ablation d'un long appendice pelvien, enfouissement du moignon au catgut.

Après l'émission de gaz dans les délais normaux, signes nets d'occlusion avec arrêt des gaz, clapotage, augmentation de la température.

Intervention : le 12-4 (D^r Desjacques). Rachianesthésie. Incision de Jalaguier droit.

Le grêle est trouvé très distendu. La fin du grêle présente des adhérences fibrineuses au contact d'un moignon appendiculaire verdâtre ; il y a un peu de pus à ce niveau. Libération des anses un drain pelvien. Iléostomie par la même incision.

Suites : Simples, guérison.

OBS. n° 38. — *Homme de 23 ans. Occlusion aiguë du grêle après appendicectomie à froid. Le 20-1-1946, libération d'adhérences, guérison. (Lyon chirurgical 1947, P. 364.)*

Antécédents : Le 11-1-46, appendicectomie sur appendice très long, augmenté de volume, coudé à sa partie moyenne par une bride. Enfouissement au lin.

Histoire actuelle : Le 20-1, température à 37, pouls à 120. Le ballonnement abdominal a augmenté. Pas de clapotage. Douglas douloureux au toucher, le malade fait quelques gaz mais vomit de la bile. On pense qu'il s'agit d'une occlusion intestinale.

Intervention : le 20-1 (D^r Desjacques). Rachianesthésie.

1° Incision iliaque gauche. Intestin grêle distendu, pus malodorant dans la cavité péritonéale.

2° Incision médiane sous-ombilicale. Pus d'odeur fécale dans le Douglas et la fosse iliaque droite, pas de gaz. Le pus vient de la région du cæcum où on ne voit pas de perforation. Le pus n'est pas très abondant et quoi que non cloisonné, il siège surtout dans le bassin et la fosse iliaque droite. Le grêle est distendu avec par endroits des placards fibrineux qui le coudent. Libération de ces adhérences. Sulfamides dans le péritoine. 2 mèches iliaques droites, un drain pelvien, 2 drains dans l'incision iliaque gauche. Pénicilline.

Suites : Simples.

OBS. n° 39. — M. E. Georges, 32 ans, entré le 20-10-1953. Le 27-10, décès. Occlusion précoce après une appendicite subaiguë. Le 24-10, libération.

Antécédents : 1947 : gastrectomie, Billroth II.

21-10-53 : appendicectomie. (D^r G.)

Histoire actuelle : Dès le lendemain, le malade se met à souffrir beaucoup mais son ventre reste souple. Malgré la glace et les calmants, la douleur persiste et bien qu'il fasse ses gaz au 2^e jour, il vomit. Le 24-10, abdomen contracturé, douloureux, vomissements. Température à 38°2.

Intervention : le 24-10 (D^{rs} Desjacques, Dumont). Anesthésie générale. Incision médiane.

Un peu de pus iliaque et pelvien. Grêle rouge présentant des plaques fibrineuses déterminant un peu d'occlusion. Il n'y a pas de gaz, pas d'odeur, pas de perforation.

Suites : Mis aux antibiotiques, à l'aspiration. Glace.

Le 2^e jour, subictère des conjonctives, urines très foncées.

Le 3^e jour, température à 41, pouls très rapide, aspect terminal.

Intervention le 27-10 (D^r Desjacques). Anesthésie locale. Incision gauche. Pas de pus dans la fosse iliaque. Une sonde dans le grêle n'évacue que quelques gaz.

Décès le 27-10-53.

OBS. n° 40. — M. M. Joseph, 49 ans. Entré le 10-10-47, sorti le 10-11-47, guéri. Occlusion aiguë du grêle 5 jours après appendicectomie à chaud. Le 12-10, libération de la dernière anse grêle congénitalement anormale.

Antécédents : Le 7-10 appendicectomie pour un syndrome de subocclusion assez vague datant de quelques heures. Appendicite

avec fausses membranes. (D^r X.) Autres crises analogues de subocclusion avec constipation et douleurs dans les antécédents.

Histoire actuelle : Le 12-10, le malade ressent de vives douleurs abdominales. Pas de vomissements, pas de gaz, mais péristaltisme et clapotage.

Intervention : le 12-10 (D^{rs} Desjacques, Eisholtz). Rachianesthésie, Incision médiane.

C'est une grosse occlusion avec un grêle très distendu qu'on est obligé d'éviscérer en partie. L'obstacle est constitué par une coudure au niveau de la dernière anse grêle. Après redressement de cette coudure on s'aperçoit que la dernière anse grêle est tout à fait anormale : très étroite, fixée dans la fosse iliaque et le détroit supérieur. Il ne semble pas s'agir de phénomène d'iléite, mais de malformation congénitale. En sectionnant le péritoine à sa base, on lui donne un peu de liberté. A signaler un liquide séro-hématique dans le grand ventre d'odeur intestinale.

Suites : Normales.

OBS. n° 41. — M. B. Paul, 21 ans, entré le 27-6-47, sorti le 18-7; guéri. Occlusion mécanique de l'intestin grêle 6 jours après appendicectomie à chaud. Le 27-6 laparotomie, section d'une bride.

Antécédents : Le 21-6, appendicectomie au service de Porte, appendice aubergine plein de pus qui se rompt au cours des manœuvres de libération.

Histoire actuelle : Le 27-6 : arrêt des matières et des gaz depuis trois jours douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, vives coliques, gros péristaltisme, clapotage, bruits hydroaériques, pas de gaz.

Intervention : le 27-6 (D^{rs} Desjacques, Bouchard). Anesthésie générale, incision médiane.

Grêle en occlusion. C'est une frange de l'S iliaque qui aplatit complètement une anse grêle à 20 cm. de l'angle iléo-cæcal et en compromet la vitalité. Section de la bride. Dans la fosse iliaque droite autour du cæcum il y a un peu de liquide de mauvais aspect.

Suites : Simples.

OBS. n° 42. — Mlle T. Jeanine, 18 ans, entrée le 24-4-53, sortie le 25-5, guérie. Occlusion aiguë du grêle, 7 jours après appendicectomie (appendicite gangreneuse). Le 1-5-53, libération.

Antécédents : Premières règles à 14 ans, normales, dernières règles début mars. Le 24-4, appendicectomie sur appendice en voie de perforation. (D^{rs} Desjacques, Vidil).

Histoire actuelle : Le 1-5-53, crise douloureuse abdominale pendant la nuit. Le matin, 2 vomissements. Gros abcès pariétal qu'on évacue.

L'examen montre l'existence d'un clapotage discret qui décide à intervenir.

Intervention : le 1-5 (D^{rs} Desjacques, Vidil). Rachianesthésie, incision médiane.

On trouve un peu de liquide aéro-hématique. C'est une belle occlusion de la fin du grêle, libération des anses bloquées par de la fibrine qui détermine 6 foyers de coudure.

Suites : Normales.

OBS. n° 43. — Mlle S..., 11 ans, entrée le 8-7-1950, sortie guérie. *Occlusion aiguë du grêle, 7 jours après appendicectomie. Le 8-7, libération.*

Antécédents : Opérée d'une appendicite subaiguë le 28-6-50 ; appendice rétro-cæcal, une mèche, un drain. (D^r X.)

Histoire actuelle : Vue le 8-7-50, alors que la malade est en occlusion depuis 3 jours.

Intervention : (D^r Desjacques). Anesthésie générale, incision médiane.

La fin du grêle est aplatie derrière le cæcum, libération très difficile, le grêle se fissure en plusieurs endroits.

Suites : Normales.

OBS. n° 44. — M. R. Georges, 23 ans, entré le 27-7-41. Le 17-8, décès. *Occlusion aiguë du grêle, 11 jours après appendicectomie. Le 7-8, iléostomie, le 13-8, iléostomie sur une autre anse.*

Antécédents : Cure radicale de hernie droite.

Le 27-7-41 : Mac Burney. Cæcum adhérent à la paroi. Pus dans le ventre. Appendice sous cæcal coudé adhérent à son coude aux vaisseaux iliaques. Perforation à la partie moyenne. Appendicectomie, enfouissement, un drain, une mèche. (D^r D.)

Histoire actuelle : Dans les suites le malade ne fait pas ses gaz. Le ballonnement augmente. Pas de vomissement.

Intervention : le 7-8 (D^{rs} Desjacques, Béraud). Anesthésie locale.

Iléostomie à la Witzell : grosse quantité de liquide intestinal. A noter un peu d'ascite clair, pas de pus.

Suites : Le 13-8, le ventre est de nouveau distendu. Péristaltisme dans l'hypocondre gauche.

Intervention le 13-8, incision gauche au-dessus de l'ombilic, à travers le grand droit. Iléostomie sur une anse distendue, pleine surtout de gaz.

Suites. Le 14-8, le ventre n'est plus ballonné et il est sorti 2 urinals de matières fécales par le 1^{er} tube de l'iléostomie du 7-8. On fait passer du glucose par le tube supérieur.

Décès le 17-8.

OBS. n° 45. — *M. S. Jean*, 46 ans, entré le 9-3-1943, sorti le 20-5, guéri. Occlusion secondaire au 11^e jour après appendicite gangreneuse avec abcès. Le 20-3, libération d'une anse.

Antécédents : Le 9-3-43, appendicectomie. Appendice gangrené, perforé dans un petit abcès. 3 mèches, un point séro-musculaire. (D^{rs} Desjacques, Mousselon).

Histoire actuelle : Dans les suites on note : un peu de ballonnement, du hoquet, quelques vomissements, un peu de température.

Au 11^e jour, le météorisme abdominal persiste. On entend un clapotage très net à la dépression de la paroi. Ondes péristaltiques dans la fosse iliaque gauche.

Intervention : le 20-3-43 (D^{rs} Desjacques, Mousselon). Rachianesthésie, incision médiane.

Grêle très distendu mais la fin du grêle est plate. Il s'agit d'une coudure par des adhérences très serrées dans la fosse iliaque droite à la jonction de ces deux portions intestinales. Libération. La partie rétrécie est de 4 cm. Il n'y a pas de pus dans le péritoine ; un peu de liquide clair seulement.

Suites : Après des suites très difficiles, le malade sort guéri.

OBS. n° 46. — *Mme M. Antonia*, 42 ans, entrée le 4-6-1954, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle 6 jours après appendicectomie. Le 11-6, libération de l'obstacle, iléostomie.

Antécédents : Malade envoyée pour torsion de kyste de l'ovaire. Le 4-6-1954, intervention (D^{rs} Desjacques, Poulat).

1° Incision médiane. La masse perçue à l'examen dans la région ovarienne droite est à la jonction de la fosse iliaque droite et du pelvis ; la dernière anse intestinale est à sa surface. Il s'agit d'une appendicite à évolution plastique. Fermeture.

2° Incision de Mac Burney agrandie. On se trouve devant une sorte de tumeur occupant la fin du grêle, le cæcum avec d'énormes ganglions de l'angle iléocæcal. La masse est plaquée contre la paroi postérieure. On finit par découvrir que c'est une appendicite type intra ou rétro mésentérique. Appendicectomie extrêmement difficile. Suture des points dépéritonisés de la dernière anse grêle. Un drain.

Histoire actuelle : Suites simples au début, mais dès le 3^e jour les gaz ne sont pas émis, l'abdomen est légèrement météorisé et l'aspiration gastrique ramène chaque fois du liquide bilieux.

Le 10-6, on voit une anse dilatée sous la peau, clapotage dans la fosse iliaque gauche.

Intervention : le 11-6-54 (D^{rs} Desjacques, Poulat, Rivière).

1° Incision médiane. C'est une occlusion de la partie moyenne du grêle par coudure d'une anse en profondeur par des placards fibreux. Le grêle en aval est plat, le grêle en amont est très dilaté et la séro-muscleuse se fissure. Un drain. Après ponction du grêle et suture des points fissurés, fermeture.

2° Incision iliaque gauche : Iléostomie.

Suites : Simples.

OBS. n° 47. — P. Gérard, 6 ans, entré le 10-8-1950, sorti le 30-9, guéri. Occlusion 13 jours après appendicectomie. Le 23-8, Iléostomie.

Antécédents : Hydrocèle à droite il y a quelques mois.

Le 10-8, crise appendiculaire. Appendicectomie, ponction d'hydrocèle. (D^r G.)

Histoire actuelle : Dans les suites, température à 39° malgré la pénicilline, abdomen de bois, diarrhée fétide et incoercible, respiration très superficielle. Le 22-8, évacuation d'un ascaris de 15 cm. mais le malade reste ballonné. Ondes péristaltiques, bruits intestinaux, vomissements.

Intervention : le 23-8-50 (D^r Desjacques). Anesthésie générale. Incision de Jalaguier. Un peu de liquide louche dans la fosse iliaque. On évacue un petit abcès ilio-pelvien limité par le grêle. On trouve une anse dilatée. Iléostomie à la Witzell qui évacue surtout des gaz. Un drain dans l'abcès.

Suites : Le 1-9, le transit est bien effectué par le bout supérieur de l'iléostomie. Le 20-9, état général satisfaisant. Guérison.

OBS. n° 48. — Femme de 56 ans, entrée en janvier 1938, sortie le 6-3-38, guérie. Occlusion aiguë du grêle par adhérences fibreuses 22 jours après appendicectomie. Le 13-2, libération des anses. (Lyon chirurgical 1944, P. 81).

Antécédents : Hystérectomisée en 1913. Elle présente des signes d'appendicite subaiguë le 22-1-38. Ablation d'un appendice enflammé à paroi épaisse. Fermeture totale. (D^r Desjacques.)

Histoire actuelle : Suites opératoires simples tout d'abord, la malade quitte l'hôpital 16 jours après l'opération. Le 13-2, 22 jours après l'appendicectomie, elle présente tous les signes d'une occlusion du grêle remontant à 48 heures.

Intervention : le 13-2 (D^{rs} Desjacques, Mathieu). Rachianesthésie, incision médiane sous-ombilicale.

Liquide séro-hématique dans le péritoine. Il s'agit bien d'une occlusion du grêle par 4 coutures successives dans des placards fibrineux. Une anse adhère dans le pelvis à un ovaire laissé en place lors de l'hystérectomie de 1913 tout contre la paroi pelvienne latérale. Libération des anses. Un drain, fermeture.

Suites : Simples.

OBS. n° 49. — *Jeune homme de 17 ans, entré en août 1941, sorti guéri. Occlusion aiguë du grêle par placards fibrineux, 21 jours après appendicectomie. Le 31-8-41 : libération d'anses grêle. (Lyon chirurgical 1944, P. 81.)*

Antécédents : 10-8-41, opéré par un autre chirurgien pour appendicite gangreneuse.

Histoire actuelle : Le 31-8-41, signes nets d'occlusion, l'arrêt du transit remonte à 2 jours.

Intervention : le 31-8-41 (D^r Desjacques). Anesthésie locale puis générale. Incision médiane sous-ombilicale.

Liquide séro-sanglant abondant dans le péritoine. Grêle très distendu, fissuré dans ses couches séro-musculaires, coudé en 3 points par d'épais placards fibrineux ; au niveau du pelvis la dernière anse grêle est fixée au fond du Douglas par une masse fibrineuse sur 8 à 10 cm. de longueur. Libération soigneuse du grêle qui par place se trouve dépéritonisé. Un drain pelvien, fermeture.

Suites opératoires simples. En 48 heures, le transit intestinal se rétablit. Guérison en 18 jours.

OBS. n° 50. — *M. G. Emile, 22 ans, entré le 24-9-1952, sorti le 13-10 guéri. Occlusion aiguë du grêle 5 mois après appendicectomie. Le 24-9, laparotomie, section d'une bride.*

Antécédents : Le 15-4-52, appendicectomie difficile (D^r G.). *Suites* opératoires : du 10^e au 15^e jour, température à 39-40, localement suppuration importante.

Histoire actuelle : Le 23-9-52, brusque douleur dans la fosse iliaque droite. Dans la nuit 5 ou 6 vomissements bilieux accompagnés de douleurs abdominales diffuses à type de colique. Arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures. Examen : pas de ballonnement, léger clapotage, pas d'onde péristaltique, suppuration de la cicatrice de Mac Burney. Tension artérielle 14,5/7.

Intervention : le 24-9 (D^{rs} Desjacques, Gilloz, Vidil), anesthésie générale.

On repasse par l'incision iliaque. Ligature des vaisseaux épigastriques. Le grêle est occlus par une bride à 40 cm. en amont du cæcum (d'ailleurs, impossible à voir : noyé dans des adhérences). La dernière anse grêle est très étroite.

Suites : simples.

OBS. n° 51. — *Mme D. Augusta*, 60 ans, entrée le 20-2-52, sortie guérie. Occlusion aiguë du grêle par volvulus chez une ancienne appendicectomisée. Le 20-2, détorsion.

Antécédents : Le 26-8-50, appendicite aiguë avec typhlite de voisinage. (D^r Desjacques). Phlébite post-opératoire.

Histoire actuelle : Il y a 3 jours, début par des douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite puis diffusant dans tout l'abdomen, arrêt des matières et des gaz pendant 48 heures, mais selle noirâtre hier, suivie d'une selle normale. Pas de vomissement.

Examen : bon état général. Météorisme dans la fosse iliaque droite, clapotage dans la fosse iliaque gauche. Température 37°4 ; tension artérielle 15/8. Lavement baryté : transit normal jusqu'à l'angle droit. Le cæcum est plus long à s'injecter. Légère amputation du bas-fond cæcal.

Intervention : le 20-2-52 (D^{rs} Desjacques, Panyet). Rachianesthésie, incision médiane.

C'est un volvulus pas très tourné à la partie moyenne du grêle. Le grêle au-dessous est plat. Le volvulus s'est fait à partir de 2 anses adhérentes l'une à l'autre en canon de fusil, séquelle de l'appendicite aiguë d'il y a 18 mois.

Suites : Simples.

OBS. n° 52. — *M. B. Ahmed*, 20 ans, entré le 30-9-52, sorti guéri. Occlusion aiguë du grêle chez un ancien appendicectomisé (janvier 51). Le 1-10-52, libération de brides.

Antécédents : Appendicectomie en janvier 51.

Histoire actuelle : Le 27-9-52, apparition de douleurs de chaque côté de l'ombilic, douleurs à type de colique s'irradiant dans tout l'abdomen.

Le 29-9, mêmes douleurs, accompagnées de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. Depuis le 28, arrêt des matières et des gaz.

Examen : l'abdomen est souple, la palpation est uniformément douloureuse dans toute l'étendue de l'abdomen. Pas de clapotage. Tension artérielle : 13/7.

Intervention : le 1-10-52. (D^{rs} Desjacques, Gilloz). Anesthésie générale.

1° On repasse par l'ancienne incision d'appendicectomie. Issue importante de liquide clair. On se rend compte qu'il s'agit d'une occlusion du grêle, mais on ne peut en faire la cure.

2° Incision médiane. C'est une occlusion du grêle par une bride partie du cæcum. La bride a aminci la paroi intestinale. Elle marque le mésentère. Enfouissement du point de départ de la bride.

Suites : Guérison.

OBS. n° 53. — *M. D. Auguste, 40 ans, entré le 4-6-1941, sorti le 20-6 guéri. Occlusion intestinale aiguë au 2^e jour, 8 ans après appendicectomie. Le 4-6, section de brides.*

Antécédents : Appendicectomie à l'âge de 32 ans.

Histoire actuelle : Il y a 2 jours, douleurs sous-ombilicales vives. Le sujet ne peut rien ingérer sans nausées ni vomissements. Arrêt complet des matières et des gaz.

A l'entrée : douleurs dans tout le ventre qui est ballonné. Clapotage net. Vomissements alimentaires au début maintenant bilieux et liquides.

Intervention : le 4-6-41 (D^{rs} Desjacques, Béraud). Rachianesthésie, incision médiane.

Grêle distendu à sa partie moyenne. Anses plates en amont et en aval. Section de 2 brides à la limite supérieure et inférieure du grêle distendu.

Suites : Simples.

OBS. n° 54. — *M. G... Léon, 48 ans, entré le 30-12-1946, sorti le 31-12 emmené par sa famille. Occlusion aiguë du grêle, par incarceration au niveau d'une cicatrice de cure d'éventration iliaque droite vue au 9^e jour. Le 30-12, extériorisation d'une anse grêle.*

Histoire actuelle : Malade, envoyé par un remplaçant qui présente un état d'occlusion complète datant de 9 jours et semblant se rattacher à un épisode appendiculaire avec abcès datant de 1925.

Depuis le 21-12, arrêt total des matières et des gaz, vomissements, qui, actuellement sont fécaloïdes (ils ont d'ailleurs cessé depuis 24 heures). Douleurs à type de colique pendant les premiers jours.

Examen : gros ventre en obusier et dilatation des cadres coliques. Fosse iliaque droite très dilatée. On perçoit une masse qui est celle de l'anse bloquée par l'éventration. Tension artérielle de 19,5/10. Gros souffle systolique à l'auscultation cardiaque. Aux poumons, râles de bronchite.

La radiographie montre de nombreux niveaux liquides en tuyaux d'orgue.

Intervention : Le 30-12-46 (D^{rs} Desjacques, Durand). Rachianesthésie.

1° Incision médiane. Grêle énormément dilaté avec un mésentère qui se déchire. L'exploration mène en direction de la cicatrice iliaque droite où l'on avait bien perçu une masse. Mais le malade disait qu'il existait depuis longtemps et il n'accusait aucune douleur à ce niveau.

2° Incision iliaque droite. Une anse de vitalité compromise est

incarcérée dans la cicatrice. En la libérant, issue d'un flot de matières. Aspiration de 3 litres de liquides intestinaux permettant avec difficulté la réintégration du grêle. Un drain sus-pubien. Extériorisation de l'anse malade. Au niveau de la fosse iliaque droite, on met un tube dans l'intestin.

Suites : 3 heures après l'intervention, le malade délire et la famille l'emmène.

OBS. n° 55. — *Mme R...*, 34 ans, entrée le 15-9-1944, sortie guérie. *Occlusion aiguë du grêle chez une femme ayant accouché depuis 4 jours. Le 15-9, section de bride.*

Antécédents : Ancienne appendicectomisée. Accouchement il y a quatre jours.

Histoire actuelle : Depuis hier, vives douleurs abdominales, arrêt des gaz, vomissements alimentaires.

Examen : L'abdomen est souple, il n'y a pas d'onde péristaltique mais un point douloureux très vif à la pression sur la fosse iliaque droite. Large incision d'appendicectomie. Bon état général. On hésite entre deux diagnostics :

1° Occlusion par bride en rapport avec l'ancienne appendicectomie.

2° Occlusion paralytique.

Intervention : Le 15-9-44 (D^{rs} Desjacques, Voron). Anesthésie générale, courte incision médiane.

On trouve beaucoup de liquide. La dernière anse entourée par une bride est violacée sur 5 cm. Section de la bride : collet assez anémié. Au bout de quelques instants, l'anse apparaît nettement viable.

Suites : Simples.

III. — OCCLUSIONS D'AUTRES CAUSES

I. — Résultat d'ensemble.

Dans les 22 observations que nous publions à la fin de ce chapitre il n'a pas été relevé de laparotomie dans les antécédents. Les causes de l'occlusion de l'intestin grêle, dans ces cas où une opération antérieure ne peut pas être invoquée, peuvent être divisées :

A) *En bouchon de la lumière intestinale.*

B) *Torsions intestinales.*

C) *Adhérences et compressions.*

D) *Occlusion par diverticule de Meckel.*

Le pourcentage de mortalité est de 32 % et si on soustrait les trois cas d'obstruction par aliments qui constituent des cas très spéciaux on obtient une mortalité de 37 %.

II. — Causes des occlusions

A) BOUCHONS DE LA LUMIÈRE. (3 cas. - Obs. n° 56-57-58).

Dans trois de nos observations l'occlusion intestinale a eu pour origine une obstruction de la lumière du grêle par aliments. Les aliments en cause furent : des peaux de pêches jaunes, de la confiture de pêche, des haricots verts. Les guérisons furent obtenues dans deux cas par expression et dans la dernière observation par ablation de la confiture après entérotomie.

B) TORSIONS INTESTINALES. (6 cas : - 2 morts. Obs. n° 59 à 64).

Volvulus partiels. (4 cas : 1 mort).

Volvulus de l'anse ombilicale. (1 cas).

Volvulus total du grêle. (1 cas : 1 mort).

C) ADHÉRENCES ET COMPRESSIONS. (12 cas: 5 morts. Obs. n° 65 à 76)

- *Adhérences non opératoires.* (6 cas : 3 morts).

Brides et adhérences (4 cas : 2 morts).

Brides et volvulus. (2 cas : 1 mort).

— *Etranglements internes dans des fossettes péritonéales.*
(2 cas).

Nous rapportons 2 observations, l'une par engagement d'une anse grêle dans une invagination du dôme vésical ; l'autre par coudure d'une anse à l'orifice profond du canal inguinal droit.

— *Compression de tumeurs.* (3 cas : 2 morts).

— *Péritonite tuberculeuse.* (1 cas).

D) DIVERTICULE DE MECKEL. (1 cas. Obs. n° 77).

III. — **Observations.**

OBS. n° 56. — *Mme X...*, 42 ans, entrée le 26-3-1952 avec le diagnostic de cholecystite aiguë. Sortie guérie. Le 28-3, ablation d'une masse de confiture de pêche après entérotomie.

Antécédents : Il y a 2 ans, crise douloureuse de l'hypocondre droit sans ictère et sans température. Depuis cette époque, intolérance aux œufs et aux graisses et la malade est considérée comme une hépatique et suit un régime.

Histoire actuelle : Le 24-3-52, douleurs très violentes dans l'hypocondre droit s'irradiant vers la région médiane et l'hypocondre gauche ; elle vomit de la bile. A l'entrée, le 26-3, on trouve un peu de défense de l'hypocondre droit. Température à 38, pouls à 90. On pense à une poussée de cholécystite. Le 27-3, même état. La malade ne vomit pas et fait quelques gaz. Le 28-3, vomisse-

ment de bile dans la nuit et quelques gaz sont émis. L'abdomen présente un peu de défense dans le flanc droit, il n'y a pas de clapotage. On pense à la possibilité d'un iléus biliaire et on intervient.

Intervention : Le 28-3 (D^{rs} Desjacques, Pouyet, Béné). Rachianesthésie. Le palper sous rachianesthésie permet de sentir une masse paramédiane droite ; ce qui semble confirmer le diagnostic d'iléus biliaire.

Incision paramédiane droite. A 80 cm. en amont de l'angle iléo-cæcal, existe un obstacle ovoïde, long de 8 cm., large de 4 cm., la masse n'est pas dure au palper. Entérotomie : on enlève cette masse puis une autre exactement de même dimension située à quelques centimètres en amont. Ces masses sont un peu translucides, assez molles, presque transparentes. Suture du grêle. Le grêle en amont est un peu dilaté, mais sans excès, contenant un liquide vert. Le grêle en aval est vide. A signaler que la dernière anse grêle est un peu étroite et en coalescence avec la fosse iliaque interne sur une dizaine de centimètres. L'appendice latéro-cæcal est laissé en place. Fermeture sans drainage. La malade interrogée pendant l'intervention dit qu'elle a mangé de la confiture de pêches le 23-3, la veille du début des accidents. Cette confiture préparée par elle-même avec addition de un gramme de salicylate de soude par Kg. de fruits. Nous pensons que le salicylate a pu gêner la digestion de la masse cellulosique. L'occlusion a pu être favorisée par une disposition anatomique particulière de la dernière anse grêle qui était en coalescence avec la fosse iliaque interne droite sur une dizaine de centimètres.

Suites : Simples.

OBS. n° 57. — M. R... Laurent, entré le 15-9-1953, sorti le 5-10-53 guéri. Occlusion intestinale aiguë par peaux de pêches jaunes chez un gastrectomisé. Le 15-9 laparotomie, évacuation par expression.

Antécédents : Large ulcération de l'antré avec phénomènes de sténose. Le 7-3-45, gastrectomie : Billroth II.

Histoire actuelle : Début le 11-9 par des douleurs abdominales, avec vomissements fréquents, mais sans trouble du transit intestinal. Arrêt des matières et des gaz depuis le 14-9 au soir. Depuis persistance de la douleur. A l'entrée, douleurs sourdes. Pas de vomissement depuis le 13-9.

Examen : Clapotage à jeun dans tout l'abdomen, surtout à gauche.

Radiographie sans préparation de l'abdomen : 2 anses grêle dilatées, un niveau liquide à droite.

Intervention : Le 15-9 (D^{rs} Desjacques, Dumont). Rachianesthésie. Incision médiane.

Ansés intestinales très dilatées, pleines de liquide. En partant du cæcum et en remontant, on trouve la dernière anse plutôt étroite : une accumulation de débris intestinaux de la grosseur d'une demi-banane que l'on dissocie facilement au doigt. C'est là tout l'obstacle. Il s'agissait de peaux de pêches jaunes. Débâcle intestinale sur la table.

Suites : Simples.

OBS. n° 58. — *Mme F... Madeleine, 23 ans, entrée le 18-5-54, sortie le 31-5 guérie. Iléus alimentaire. Le 18-5-54, désobstruction, appendicectomie.*

Histoire actuelle : Malade envoyée pour grossesse extra-utérine possible. Pas de signe de grossesse, mais retard de règles. Le 18-5, violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche accompagnées de vomissements. Le toucher vaginal montre une petite masse gauche indépendante de l'utérus. La symptomatologie est caractérisée surtout par les vomissements.

Intervention : Le 18-5-54 (D^{rs} Desjacques, Poulat). Anesthésie générale. Incision de Pfannenstiel.

Ovaire gauche scléro-kystique. Evacuation de trois petits kystes. Utérus normal, annexe droite saine. L'anse grêle qui précède la dernière anse est distendue par un bol alimentaire pâteux. On le fait progresser avec difficulté mais on arrive à lui faire passer la valvule de Bohin. Le grêle en amont est plat et animé d'un péristaltisme intense. Cæcum plein de matières. Appendicectomie, fermeture.

Suites : Normales. Guérison.

OBS. n° 59. — *M. P... Paul, 50 ans, entrée le 21-3-53, sorti le 18-4 guéri. Rétrécissements du grêle avec occlusion. Le 21-3, détorsion d'un volvulus incomplet.*

Antécédents : Paludisme et dysenterie bacillaire au cours d'un séjour en A.O.F. (1948 à 1951). 1951 : ulcère double (duodénum et petite courbure). Traitement médical, le malade ne souffre plus depuis 6 mois.

Histoire actuelle : Le 21-3, le sujet est réveillé par des douleurs hypogastriques s'irradiant dans les testicules, très violentes avec des épisodes de sédation complète de 3 à 4 minutes. Elles durent

jusqu'à 5 heures du matin. Pendant ce même laps de temps : 3 vomissements alimentaires, une selle diarrhéique et quelques gaz sont émis.

Examen : Abdomen souple, un peu douloureux à l'hypogastre, clapotage à ce niveau. Pas d'onde péristaltique, pas de météorisme, pas de hernie.

La radiographie sans préparation révèle 5 à 6 niveaux liquides dans l'hypogastre.

Intervention : Le 21-3 (D^{rs} Desjacques, Desbrosses). Rachianesthésie, incision médiane.

Anses grêle très distendues, pleines de liquide. Il y a un volvulus incomplet de sorte que le début et la fin du grêle sont plats. Présence de 4 rétrécissements de l'intestin grêle d'aspect cicatriciel, sans adénopathie satellite. Ils ne déterminent pas de sténose complète et admettent le passage du petit doigt. Le plus serré est le deuxième en partant d'amont. Détorsion du volvulus.

Suites : Normales.

OBS. n° 60. — M. M... Gustave, 42 ans, entré le 20-6-1941, sorti guéri. Volvulus du grêle sans cause apparente. Le 20-6, détorsion.

Antécédents : Il y a deux mois, période de constipation et de diarrhée intermittente.

Histoire actuelle : Le 20-6, après une selle, le malade ressent une douleur abdominale vive suivie de nausée et de vomissements.

Examen : Ventre ballonné, ondes péristaltiques, pas de contracture ni de clapotage.

Intervention : Le 20-6-41 (D^r Desjacques). Rachianesthésie, incision médiane. Grêle distendu à sa partie moyenne. C'est un volvulus de la partie moyenne du grêle sans cause apparente. Détorsion.

Suites : Simples.

OBS. n° 61. — M. T... Jean-Claude, 69 ans, entré le 8-4-1942, sorti le 25-4 guéri. Volvulus du grêle. Le 8-4, détorsion.

Antécédents : Pollakiurie, parfois mictions impérieuses et même incontinence.

Histoire actuelle : Début le 7-4 par des douleurs abdominales à type de colique siégeant dans tout l'étage inférieur de l'abdomen. En même temps, diarrhée importante (10 selles dans la journée). Pas de vomissement vrai mais quelques régurgitations et des nausées fréquentes. Pendant la nuit, la diarrhée s'arrête et l'abdomen devient le siège d'un ballonnement important. Le malade a maigri

de 19 kg. depuis 1 an. Toucher rectal : prostate de volume et de consistance normaux. Urée sanguine : 1,31.

Intervention : Le 8-4-42 (D^{rs} Desjacques, Roche). Rachianesthésie. Incision médiane.

Volvulus du grêle. Grêle ecchymotique. La tension s'est faite à 10 cm. environ du cæcum. Détorsion. Grosse débâcle immédiate des matières.

Suites : Simples. Le 14-4, urée 0,81.

OBS. n° 62. *M. R... Jean, 42 ans, entré le 21-5-1943^e; le 22-5, décès. Occlusion à la phase terminale, volvulus probable avec une anse grêle gangrenée. Le 21-5, extériorisation de l'anse.*

Histoire actuelle : Dans la nuit du 15 au 16-5, le malade ressent une forte douleur abdominale à type de colique intéressant toute la partie inférieure de l'abdomen. Depuis, arrêt des matières et des gaz. Le 21-5, vomissement. Les douleurs n'ont pas cessé et le malade a été soigné tout d'abord pour une intoxication.

Examen : Malade amaigri, au facies excavé. Le ventre est ballonné, hyperesthésique. Au toucher rectal : rectum vide, il semble qu'il y ait une masse dure médiane.

Intervention : Le 21-5 (D^{rs} Desjacques, Collenet). Anesthésie générale. Incision médiane.

Pus et liquide gangreneux dans le ventre, la dernière anse grêle est trouvée sphacélée et rompue sur 15 cm. Extériorisation, une mèche pelvienne.

Suites : Décès le 22-5.

OBS. n° 63. — *Mlle L... Paulette, 20 ans, entrée le 28-7-1941, sortie le 9-8 guérie. Début de torsion de l'anse ombilicale. Le 28-7, détorsion.*

Histoire actuelle : Depuis 3 jours, diarrhée profuse non traitée. Hier à 11 heures, douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec un vomissement.

A l'entrée : tension artérielle à 10/6, ventre non ballonné. La palpation produit une douleur dans la fosse iliaque droite et il y a une légère contracture de la paroi. Toucher vaginal : négatif.

Intervention : Le 28-7-1941 (D^{rs} Desjacques, Bonnet). Anesthésie générale. Incision de Mac Burney.

Liquide clair dans le ventre assez abondant. Appendice normal. Il existe une torsion intestinale : le grêle en effet, passe devant le cæcum et se rend sur sa droite. Détorsion facile. La partie haute du grêle est brusquement trouvée dilatée alors que la partie volvulée est très aplatie. Appendicectomie. Fixation du cæcum par deux points au lin à la paroi abdominale antérieure.

Suites : Simples.

OBS. n° 64. — *M. K... Grégoire, 55 ans, entré le 11-6-1953. Le 11-6, décès. Volvulus effroyable du grêle et de l'S iliaque. Le 11-6, détorsion du grêle, extériorisation de l'S iliaque.*

Histoire actuelle : Début brutal le 11-6 par une douleur abdominale diffuse très vive ; quelques heures plus tard, 3 vomissements tous alimentaires. Une selle normale. Depuis, arrêt des matières et des gaz. Les douleurs persistent à type de colique.

Examen : Abdomen météorisé surtout dans la fosse iliaque gauche, péristaltisme, clapotage, perception d'une masse à gauche. Pas de température, pouls à 60, tension artérielle 16/7.

La radiographie sans préparation de l'abdomen montre : une image hydro-aérique à gauche, une anse dilatée au milieu, une autre à droite. On fait le diagnostic de volvulus du grêle.

Intervention : (D^{re} Desjacques, Vidil). Rachianesthésie, incision médiane. Important épanchement ascitique, on se trouve en présence d'un véritable nœud gordien intestinal. L'S iliaque dilaté est à droite, enserré à son pied par le grêle complètement volvulé. Il faut différentes manœuvres de torsion dans un sens puis dans l'autre et une ponction de l'S iliaque pour arriver à détordre. Le grêle garde un mauvais aspect violacé sur 3 ou 4 mètres. L'S iliaque est infarçé, on l'extériorise et on met une sonde dedans. A la fin de l'intervention, le malade est lucide, mais très choqué. On garde peu d'espoir.

Suites : Malgré une réanimation énergique, le malade décède le 11-6.

OBS. n° 65. — *Mme R... Louise, 70 ans, entrée le 27-4-1942. Le 27-4, décès. Occlusion aiguë du grêle au 4^e jour. Le 27-4, extériorisation.*

Antécédents : La malade est porteuse d'une hernie qui sort très peu et qui se réduit facilement depuis plusieurs années.

Histoire actuelle : Il y a 4 jours, crise douloureuse abdominale très violente coïncidant avec une augmentation de volume de la hernie. Un médecin parvient à réduire la hernie, mais au cours du premier jour, les vomissements persistent et sont remplacés par des nausées fréquentes les jours suivants. Les douleurs restent vives.

Examen : Malade pâle, langue sèche, pouls petit à 90. L'abdomen est distendu, surtout dans sa portion médiane. Pas d'onde péristaltique, pas de clapotage, mais la distension rend leur recherche difficile. Tympanisme à la percussion. Submatité dans les flancs. Pas de cicatrice d'intervention. Exploration négative des orifices hernières. Tension artérielle à 14-8.

Intervention : Le 27-4 (D^{re} Desjacques, Roche). Rachianesthésie.

1° Incision médiane : on découvre une anse plate et une anse très distendue. Le point d'occlusion paraît être au voisinage du détroit supérieur droit.

2° Incision crurale : pas de sac.

3° On revient à l'incision médiane. Section d'une bride qui bloque l'intestin grêle. On exteriorise ainsi un mètre de grêle complètement noir avec coin mésentérique. Le passage du grêle sus-jacent dilaté au grêle sous-jacent aplati se fait par un véritable collet aminci. Etat général extrêmement faible, il ne peut être question de faire une résection, d'ailleurs le grêle infarcté se recolore un peu, devient rouge violet. En somme, en raison de la longueur du grêle malade, on peut dire qu'il ne s'est pas agi d'une réduction en masse d'une hernie, mais d'une hernie symptomatique d'une occlusion du grêle. Cette malade aurait dû être opérée cinq jours plus tôt.

Suites : A la suite de l'intervention, la malade fait une syncope et, malgré les soins, décède en fin d'après-midi.

OBS. n° 66. — *Mme B., Jeanne, 72 ans, entrée le 7-4-1953. Le 9-4, décès. Occlusion aiguë du grêle par bride. Le 7-4, lever de Robstacle.*

Histoire actuelle : Début le 5-4 par des douleurs à type de striction au niveau de la taille. Vomissements abondants. Arrêt des matières et des gaz depuis le 5-4.

Examen : langue sèche, température 38,7, pouls à 120. Abdomen météorisé un peu en cadre symétrique. Tympanisme. Douleur dans le flanc droit, à siège maximum vésiculaire. Tension artérielle 13/8.

La radiographie debout sans préparation, montre des niveaux liquides.

Intervention : Le 7-4 (D^{rs} Desjacques, Vidil). Rachianesthésie. Mac Burney agrandi. C'est une occlusion de la partie moyenne du grêle par une bride épiploïque. Opération facile. Le grêle est très dilaté en amont de l'obstacle.

Suites : Urée : 2 g. Le 8-4, hyperthermie. Décès le 9-4.

OBS. n° 67. — *M. M., Charles, 22 ans, entré le 12-1-1944. Le 13-1, décès. Occlusion aiguë du grêle par bride et volvulus chez un tuberculeux. Le 12-1, libération et détorsion.*

Antécédents : Bacillaire connu traité par pneumothorax au Perron d'où il est sorti non guéri il y a un an. Il ne s'est pas soigné depuis.

Histoire actuelle : Le 11-1, à 4 heures du matin, le malade est réveillé par une douleur abdominale basse : il va aussitôt à la selle. Depuis, arrêt des matières et des gaz, quelques nausées.

Examen : ventre d'aspect normal, peu douloureux, sans onde péristaltique mais clapotage net dans les fosses iliaques qui fait décider de l'intervention. Langue très saburrale. Matière légère dans les flancs variable avec les positions. En somme, occlusion chez un tuberculeux présentant une ascite.

Intervention : Le 12-1 (D^r Desjacques, Guigou). Rachianesthésie. Incision médiane.

Les 2/3 du grêle sont très distendus. Le dernier 1/3 est plat. Section de quelques brides à la jonction de ces deux portions. Mais il existe un volvulus à un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. **Détorsion, fermeture.**

Suites : Malgré les soins post-opératoires, décès le 13-1-1944.

OBS. n° 68. — M. T..., 79 ans, entré le 28-9-1946, sorti guéri. *Occlusion par adhérences dues à une hernie inguinale. Le 28-9, libération.*

Histoire actuelle : Occlusion depuis 5 jours, péristaltisme, clapotage.

Intervention : (D^r Desjacques). Rachianesthésie, incision médiane. C'est une occlusion haute du grêle par des adhérences qui pelotonnent l'intestin. On pense que ces adhérences sont liées à une hernie inguinale droite. Libération des adhérences. Fermeture.

Suites : Normales.

OBS. n° 69. — Mme B..., Adrienne, 70 ans, entrée le 3-3-1945, sortie guérie. *Occlusion aiguë du grêle par bride pelvienne. Le 3-3, laparotomie, section de la bride.*

Antécédents : Passé dyspeptique. Entérite chronique, constipation.

Histoire actuelle : Fin janvier, brusquement la malade ressent une douleur abdominale. À partir du 1^{er} février, syndrome de Kœnig typique. Vomissements bilieux dès le début très fréquents puis noirâtres, le dernier jour fécaloïdes avec tendance syncopale. Des gargouillements et un certain péristaltisme sont perçus par la malade.

Examen : Température à 38°. Quelques ondes péristaltiques sont visibles, l'abdomen n'est pas ballonné. On intervient sur le signe arrêt des matières et des gaz.

Intervention : Le 3-3 (D^r Desjacques, Melay). Rachianesthésie, incision médiane. Grêle très distendu, c'est une bride portant

sur la dernière anse grêle. Section de la bride. A noter de nombreux kystes séreux de péritonite pelvienne.

Suites : Normales.

OBS. n° 70. — M. C... Pierre, 21 ans, entré le 13-3-1942, sorti le 7-4, guéri. Occlusion de la fin du grêle par adhérences chez un bacillaire. Le 13-3, ablation de la bride, détorsion du volvulus, appendicectomie.

Antécédents : Tuberculeux pulmonaire avéré, soigné depuis 1939. Actuellement BK-. Depuis un mois environ, le malade présente quelques troubles intestinaux à type diarrhéique ; diarrhée abondante, jaunâtre, non fétide.

Histoire actuelle : Le 10-3, le malade reçoit en plein ventre, dans la région sous-ombilicale, une douleur à type de torsion. Le 11-3, nausées fréquentes, puis vomissement alimentaire. Arrêt des matières et des gaz depuis cette époque. En résumé : syndrome douloureux abdominal avec défense généralisée. Arrêt des matières et des gaz depuis 3 jours mais ayant débuté par une diarrhée chez un pulmonaire avéré.

Intervention : Le 13-3 (D^{rs} Desjacques, Jeanjean). Anesthésie locale, puis générale. Incision médiane.

Grêle très distendu, atteignant le volume d'un gros saucisson. Présence d'une grande quantité de liquide jaune citrin. Il s'agit d'une bride avec coudure de la fin du grêle à 5 cm. du cæcum par adhérence du feuillet inférieur du mésentère au péritoine pelvien. Après section de cette bride, le mésentère a perdu son feuillet péritonéal inférieur. Appendicectomie. De plus, volvulus du grêle en amont vers la partie moyenne. Détorsion. Fermeture, un drain pelvien. (Il est possible que cette occlusion ait été incomplète.)

Suites : Après une cicatrisation lente, comme chez tous les tuberculeux, le malade sort guéri.

OBS. n° 71. — M. F. T. Eugène, 70 ans, entré le 22-2-1949, sorti le 13-3, guéri. Occlusion aiguë du grêle au 3^e jour dans une fosse vésicale. Le 22-2, laparotomie ; libération.

Antécédents : Le malade raconte 2 ou 3 crises antérieures de sub-occlusion avec coliques, rythmées, avec météorisme qui s'effondre au milieu de bruits liquidien.

Histoire actuelle : Depuis le 19-2, apparition d'une crise aiguë d'occlusion avec douleurs paroxystiques, arrêt des matières et des gaz, vomissements, météorisme.

Intervention : Le 22-2 (D^{rs} Desjacques, Gangolphe). Rachianesthésie, incision médiane.

C'est une occlusion dans une sorte d'invagination du dôme vésical et peut-être de la vessie elle-même. Libération, fermeture en fixant dans la paroi cette dépression péritonéale.

Suites : Normales.

OBS. n° 72. — *M. E... Antoine*, 43 ans, entré le 21-10-1946, sorti le 5-11, guéri. Occlusion aiguë du grêle par coudure à l'orifice profond du canal inguinal droit. Le 21-10, laparotomie, levée de l'obstacle.

Histoire actuelle : Le 19-10, douleur abdominale à gauche de l'ombilic, très violente, accompagnée de vomissements abondants.

A l'entrée, 21-10 : l'abdomen n'est pas très souple, tympanisme, gargouillements, relief intestinal marqué. La langue est sèche. Toucher rectal négatif.

Testicules irréguliers avec noyau induré vraisemblablement d'origine tuberculeuse. Infiltration nette de son canal inguinal droit, peu nette à gauche. Il semble s'agir d'une occlusion du grêle.

Intervention : Le 21-10 (D^{rs} Desjacques, Saubier). Rachianesthésie. Incision médiane.

Occlusion qui siège à 50 cm. de l'angle iléo-cæcal par coudure d'une anse enflammée à l'orifice profond du canal inguinal droit. Libération facile de la coudure, la dernière anse et le mésentère correspondant présente les traces d'une inflammation ancienne actuellement cicatrisée. A ce niveau, l'intestin est très diminué de calibre. En raison des constatations faites au niveau des testicules et des canaux déférents, il semble probable que cette atteinte iléo-mésentérique ait été d'origine bacillaire.

Suites : Normales.

OBS. n° 73. — *Mme B... Marguerite*, 51 ans, entrée le 17-1-1948, sortie le 2-2, guérie. Occlusion aiguë du grêle chez une ancienne opérée de néoplasme gastrique. Le 17-1, anastomose iléo-cæcale au bouton.

Antécédents : Janvier 1945, gastrectomie Billroth II pour ulcéro-cancer de l'antre. Le 3-6-1947, hystérectomie subtotale, appendicectomie.

Histoire actuelle : Depuis, la malade présente des difficultés pour aller à la selle et faire des gaz. Pas de colique ni d'amaigrissement. Depuis 48 heures, arrêt total des matières et des gaz. Gargouillements surtout sur le trajet du transverse.

Examen : ventre distendu, ondes péristaltiques, clapotage, sonorité peu nette par place. Toucher rectal : ampoule dilatée.

Intervention : Le 17-1-48 (D^{rs} Desjacques, Gilbertas). Rachianesthésie. Incision de Jallaguier droite.

Ascite sanglante. Grêle très distendu, avec contractions énergiques, plein de baryte. Nombreuses taches de bougie sur le péritoine intestinal. Véritable blocage par des masses néoplasiques au niveau de la ligne médiane et du pelvis. On ne pouvait extérioriser le colon transverse. Anastomose iléo-cæcale au bouton de Jaboulay.

Suites : Simples. Radiothérapie.

OBS. n° 74. — M. C... Louis, 56 ans, entré le 16-1-1954. Le 8-2, décès. Occlusion aiguë du grêle d'origine néoplasique. Le 1-2, entéroanastomose, iléo-sigmoïdostomie.

Antécédents : Le 4-8-1952, gastrectomie Billroth II pour néoplasme juxta pylorique. Le 16-9-53, appendicectomie, drainage (« Gros abcès postérieur, appendice complètement gangrené »).

Histoire actuelle : Le 16-1-54. Depuis son appendicectomie, le malade ressent des douleurs épigastriques croissantes quelques heures après les repas avec souvent des vomissements qui calment les douleurs. Anorexie : perte de 4 kg. en 4 mois. Depuis 4 jours : perte totale de l'appétit, vomissements, arrêt des matières.

Examen : induration mal limité, indolore, de la région épigastrique.

Radiographie normale. Le 1-2, le malade, qui vomissait depuis quelques jours, présente du clapotage.

Intervention : Le 1-2-54 (D^{rs} Desjardes, Rivière, Poulat). Rachianesthésie. Incision médiane.

Un peu d'ascite. Du grêle est collé par des adhérences néoplasiques au niveau de la paroi antérieure de la fosse iliaque droite. Nombreuses granulations sur le grêle et le péritoine pelvien. Le colon transverse est inutilisable pour une anastomose étant en haut de la région épigastrique. On dispose de 3 cm. d'S iliaque, le reste étant bloqué en profondeur. Il y a, en somme, une double occlusion :

1° Distension du grêle en amont de la fosse iliaque droite : anastomose iléo-sigmoïdienne au « moyen Villard ».

2° Des anses grêle collées à la fosse iliaque droite, une est très dilatée comme si son transit était bloqué entre 2 zones de sténose : entéroanastomose au N.J.

L'occlusion était incomplète car, dès la rachianesthésie et avant l'anastomose, le malade est allé abondamment à la selle.

Suites : Le 8-2, décès au 7^e jour, malgré : sérum, plasma, aspiration.

OBS. n° 75. — M. B... Jean, 56 ans, entré le 17-10-1952. Le 13-1-53, il est emmené par sa famille. Occlusion aiguë du grêle chez un malade porteur d'un lymphosarcome traité par les rayons X. Le 17-10, anastomose iléo-transverse au bouton de Villard.

Antécédents : 1941 : opéré d'une hernie. 29-6-51, opéré pour une invagination de la fin du grêle dans le cæcum et le colon. Désinvagination, appendicectomie. 28-6-52 : occlusion du grêle : aspiration, puis intervention. On découvre alors un lymphosarcome du mésentère qui est traité par 22 séances de rayons X profonds. Ces derniers mois, le malade se plaignait d'une douleur sourde sous-costale gauche.

Histoire actuelle : Le 15-10-52, apparition d'une douleur abdominale avec arrêt des matières et des gaz, nausées et vomissements. L'abdomen est ballonné, on perçoit des bruits intestinaux. Pas de clapotage.

Intervention : Le 17-10 (D^{rs} Desjacques, Gilloz). Rachianesthésie. Incision médiane.

Les dernières anses grêles sur 1 mètre environ sont toutes collées les unes aux autres par des adhérences fibrineuses, mais on ne voit pas de masse néoplasique. En amont de cette zone, le grêle est dilaté, contient des liquides, mais sa paroi est bien saine. On libère très facilement les dernières anses grêle mais il est évident qu'elles vont se recoller. Anastomose iléo-transverse au « nouveau Villard ». Un drain.

Suites : 10-1-53, malade assez fatigué ; arrêt momentané des rayons X, ganglions sus-claviculaires bilatéraux.

13-1, très mauvais état général, le malade est emmené par sa famille.

OBS. n° 76. — M. G... Michel, 20 ans, entré le 20-10-43, sorti le 28-10-43, guéri. Occlusion intestinale aiguë au cours d'une tuberculose péritonéale aiguë. Le 20-10, section d'une bride.

Antécédents : Tuberculose rénale pour laquelle une néphrectomie a été faite il y a quatre mois, et dont la plaie opératoire n'est pas encore cicatrisée.

Histoire actuelle : Le 16-10, douleurs violentes sous-ombilicales, vomissements répétés, arrêt des matières et des gaz.

Le 20-10, à l'examen, clapotage d'une anse, ondes péristaltiques, météorisme abdominal, hyperesthésie légère. Tension artérielle : 12,5/7.

Intervention : Le 20-10 (D^{rs} Desjacques, Collenet). Rachianesthésie. Incision médiane.

Tuberculose péritonéale aiguë avec ses nombreuses granulations. Péritoine rouge et épaissi. Il y a une bride à la partie moyenne du grêle qui le coude. Section de la bride, fermeture.

Suites : Normales.

OBS. n° 77. — M. B... André, 23 ans, entré le 3-11-1941, sorti le 25-11, guéri. Volvulus du grêle par diverticule de Meckel. Le 3-11, détorsion, diverticulectomie.

Histoire actuelle : Le 3-11, douleur extrêmement brutale de la région ombilicale accompagnée d'un vomissement abondant bilieux. Arrêt des matières et des gaz. A l'entrée : malade pâle, en proie à une douleur extrêmement vive dont le siège maxima se trouve un peu au-dessous de l'ombilic. Ventre légèrement ballonné dans la région sous-ombilicale. Cicatrice dans la fosse iliaque droite. Pas de clapotage.

Intervention : Le 3-11-1941 (D^{rs} Desjacques, Jeanjean). Anesthésie générale. Incision médiane.

Liquide sanglant dans la cavité abdominale. Il s'agit d'un volvulus de 80 cm. de grêle environ à la fin du grêle. On coupe une bride et l'on détord. La bride est l'extrémité d'un diverticule de Meckel long de 6 cm., cylindrique, inséré à 1 mètre de l'angle iléo-cæcal. Le sillon supérieur et les anses libérées sont à la limite extrême de la conservation. Diverticulectomie par ligature et bourse d'enfouissement. Un drain pelvien.

Suites : Très simples. Drain enlevé au 4^e jour, le malade quitte le service le 22^e jour.

IV. — TRAITEMENT

Les grandes lignes du traitement sont les suivantes : mais il est évident que chaque cas particulier comporte une discussion individuelle.

Le traitement de l'occlusion aiguë de l'intestin grêle est essentiellement chirurgical et doit être mis en œuvre le plus tôt possible. Il est évident que le malade correctement étudié doit être soigneusement préparé. Cette préparation a fait l'objet de l'étude très poussée des rapporteurs au Congrès de Chirurgie de 1953. Nous n'y reviendrons pas.

AVANT L'INTERVENTION. — Avant l'intervention nous faisons un lavage d'estomac plus rarement une aspiration gastrique. Il convient de ne pas perdre trop de temps. Nous rappellerons que l'aspiration gastrique et intestinale fait cesser les signes cliniques d'occlusion : elle peut ainsi apporter un retard fâcheux à l'intervention si ce n'est pas le chirurgien lui-même qui l'a mise en œuvre.

ANESTHÉSIE. — L'anesthésie a été le plus souvent possible une rachianesthésie quand il n'y avait pas de contre-indication à ce mode d'anesthésie. D'autres interventions ont été réalisées sous anesthésie générale ou sous anesthésie locale. L'anesthésie en circuit fermé donne de grandes facilités

INCISION. — L'incision est en principe une incision médiane. On a pratiqué aussi des incisions iliaques, guidé par un maximum de signes dans une fosse iliaque ou parce que l'état du sujet incitait à faire une laparotomie moins choquante.

INTERVENTION. — L'intervention va consister en section de brides, libération d'adhérences, détorsion de volvulus, entéroanastomose, extériorisation, résection intestinale.

L'iléostomie complémentaire a été rarement pratiquée dans 6 observations seulement. On l'a réservée aux cas de grande distension du grêle, grêle se fissurant dans la séro-mus-

culeuse lors des manœuvres chirurgicales, aux cas où le grêle s'était même rompu lors des manœuvres ou enfin quand une ponction du grêle a été nécessaire. Dans les cas opérés précocement l'iléostomie a pu être en général évitée.

On laisse à la fin de l'intervention un drain pour permettre l'évacuation du liquide ascitique accompagnant l'occlusion.

SUITES. — Dans les suites le malade est rehydraté et rééquilibré convenablement suivant les directives données par les recherches modernes.

Le tableau suivant donne une vue d'ensemble du traitement suivi et des résultats.

	Nombre de cas	Décès	% mortalité
1° Nombre d'observations	77	19	25 %

2° Interventions :

— Section de brides, libération d'adhérences	44	7	16 %
Avec iléostomie complémentaire ..	5	1	20 %
— Détorsion de volvulus, section de bride plus détorsion	12	2	17 %
Avec iléostomie complémentaire ..	1		
— Entéroanastomose	6	3	50 %
— Extériorisation	3	3	100 %
— Résection intestinale	3	3	100 %
— Dégagement d'anses grêle	3		
— Iléostomie, opération unique	2	1	
— Expression	2		
— Entérotomie	1		
— Redressement d'une coudure sur une anse congénitalement anormale	1		

3° Incisions :

— Médiane	52	12	23 %
— Iliaque	16	5	32 %
— Médiane plus Iliaque	8	2	25 %
— Paramédiane	1		

Il convient de remarquer que la mortalité globale est de 25 % alors que la mortalité est de 9 % seulement dans les occlusions secondaires post-opératoires : il s'agit de malades surveillés en milieu chirurgical chez lesquels l'intervention d'occlusion ne subit pas de retard.

La tendance de notre maître le Professeur agrégé Desjacques est de s'attaquer directement chaque fois que la chose est possible, à l'obstacle pour le lever.

Cette méthode n'est pas discutée en général pour les occlusions en dehors de l'appendicite.

Pour les occlusions après appendicectomie bien des chirurgiens se contentent de l'iléostomie ou même de la simple aspiration. La laparotomie médiane permet en réalité de découvrir souvent des lésions qui n'auraient pas pu évoluer favorablement sans traitement direct (Occlusions hautes, occlusions par volvulus avec anse menacée de gangrène). Cette notion a été mise en valeur à Lyon par le Professeur Tavernier suivi par Latreille (Thèse de Deplan) et elle s'est vérifiée pour nous dans plusieurs laparotomies.

CONCLUSIONS

1° Nous rapportons 77 observations d'occlusions aiguës de l'intestin grêle chez l'adulte.

2° Les causes d'occlusion sont diverses. Elles ont été trouvées consécutives :

- a) A des laparotomies : 34 cas.
- b) A l'appendicite : 21 cas.
- c) A des causes diverses : 22 cas.

La symptomatologie est précise. Elle demande à être décelée très précocement en vue d'une opération urgente.

3° L'intervention, après préparation du malade, consiste essentiellement en une libération de l'obstacle. L'iléostomie complémentaire a été pratiquée dans 6 observations seulement.

La mortalité globale est de 25 %.

La mortalité est de 9 % seulement dans les occlusions secondaires post-opératoires : il s'agit de malades surveillés en milieu chirurgical chez lesquels l'intervention d'occlusion ne subit pas de retard.

Grâce à un diagnostic précoce, aux soins pré et post opératoires les résultats du traitement sont très supérieurs à ceux que l'on obtenait il y a quelques années.

Vu :

Le Doyen;
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse.
Ph. ROCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Octobre 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Il ne s'agit pas d'une bibliographie complète concernant les occlusions aiguës de l'intestin grêle. Nous donnons seulement les références bibliographiques citées dans ce travail.

BERTRAND et CREYSEL. — Traité de thérapeutique chirurgicale. (Doin, 1952.)

DEPLAN. — A propos du traitement des occlusions intestinales post-opératoires précoces. (*Thèse Lyon*, 1940).

DESJACQUES et BEYSSAC. — Sur les occlusions aiguës de l'intestin grêle. (*LYON CHIRURGICAL*, 1944, t. 39, p. 533.)

DESJACQUES. — Traitement de l'occlusion post-opératoire secondaire par libération simple des anses grêle. (*LYON CHIRURGICAL*, 1944, t. 39, p. 80.)

DESJACQUES. — L'occlusion intestinale aiguë tardive des laparotomisées. (*PRESSE MÉDICALE*, 1945, t. 53, p. 64.)

DESJACQUES. — Chirurgie de l'intestin grêle. (1 vol. chez Camugli, Lyon, 1942, p. 7 à 40 et p. 153 à 167.)

DESJACQUES. — Accidents post-opératoires de l'appendicectomie à froid. (*LYON CHIRURGICAL* 1947, t. 42, p. 364.)

DESJACQUES. — Les occlusions intestinales aiguës consécutives aux opérations gynécologiques. (*LIVRE JUBILAIRE du P^r Gaston Cotte*. 1 vol. chez Audin, Lyon, 1949 p. 173.)

DESJACQUES, POUYET et BÉNÉ. — Iléus alimentaire. (*LYON CHIRURGICAL*, 1952, t. 47, p. 866.)

STERIN. Rapport de R. DESJACQUES. — Réveil grave d'une infection péritonéale après libération simple des anses grêles pour occlusion secondaire post-opératoire. (*LYON CHIRURGICAL*, 1945, t. 40, p. 218.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
Occlusions consécutives à des laparotomies (appendicectomies excepté)	13
Occlusions dans l'appendicite	33
Occlusions d'autres causes	45
Traitement	59
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

Imprimerie
BOSC Frères
42, Quai Gailleton — LYON
